



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO**  
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO S.S.A.

Plan de desarrollo 2012 - 2016



## **PLAN DE DESARROLLO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**

“Un Hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir”  
2012-2016

### **JUNTA DIRECTIVA**

**PRESIDENTE**

**Dr. RAUL DELGADO GUERRERO**  
Gobernador del Departamento de Nariño

**Dra. LILIAN RODRIGUEZ**  
Delegada del señor Gobernador

**Dra. ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO.**  
Directora Instituto Departamental de Salud de Nariño.

**Dra. ANA MARIA REBOLLEDO.**  
Representante Organizaciones Científicas.

**Dr. JUAN CARLOS FAJARDO.**  
Representante del Sector Productivo.

**Dr. JOSÉ LUIS BETANCOURTH**  
Representación del Sector Científico del Hospital Departamental.

**Sr. FRANCISCO ESPINOZA**  
Representante de la Liga de Usuarios del Hospital Departamental.

**Dr. WILSON RAUL LARRANIAGA L.**  
Gerente



HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO S.S.A.

Plan de desarrollo 2012 - 2016



## EQUIPO DE TRABAJO

Dr. Gerardo Mesías Méndez  
Subgerente Administrativo y Financiero

Dr. Harold Mauricio Casas  
Subgerente de Prestación de Servicios

Dr. Andrés Pantoja  
Asesor Auditorio Médica

Ing. Luis Antonio Mueses C.  
Asesor de Calidad

Ing. Harold Albeiro Delgado M.  
Asesor de Planeación

Dr. Franco Solarte  
Jefe Oficina Jurídica

Esp. Nohora Cecilia Espinosa P.  
Coordinadora GIT Urgencias y Consulta Externa

Esp. Carmen Alicia Delgado  
Coordinadora GIT Quirófano y Sala de Partos

Esp. María Elena Erazo  
Coordinadora GIT Ayudas Diagnosticas

Esp. Adriana Enríquez M  
Coordinadora GIT Soporte Terapéutico

Esp. Nubia Jurado  
Coordinadora GIT Hospitalización

Esp. Nubia Lucero  
Coordinadora Docencia Universitaria



HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO S.S.A.

Plan de desarrollo 2012 - 2016



Esp. Janeth Alejandra Hurtado  
Coordinadora SIAU

Ing. Roberto Yáñez  
Coordinador de Información y Comunicaciones

Esp. Elizabeth Llanos  
Coordinadora Recursos Físicos

Esp. Alfonso Hidalgo  
Coordinador Financiero

Esp. Clara Luz Caicedo  
Coordinadora Talento Humano

Profesional de Apoyo

Ing. Libia Isabel Rosero  
Jefe de Producción

Ing. Claudia Marcela García A  
Gestión Ambiental



INTRODUCCIÓN	8
1. DIAGNOSTICO	10
1.1 Marco Legal	11
1.2 Reseña Histórica HUDN	12
1.3 Marco Departamental	14
1.4 Marco Municipal	15
1.5 Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014 “Prosperidad para Todos”	16
1.5.1 Líneas de Acción del Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014	16
1.6 Plan de Desarrollo Departamental “Nariño Mejor” 2012 – 2015	18
1.7 Estructura Poblacional Departamento De Nariño	20
1.8 Pirámide Poblacional Departamento de Nariño Año 2011	20
1.9 Estado de Salud de la Población	22
1.9.1 Estadísticas Vitales	22
1.9.2 Análisis Mortalidad	22
1.9.3 Factores Poblacionales	25
1.9.4 Condiciones de Aseguramiento	25
1.10 Análisis Interno Hospital Universitario Departamental de Nariño	26
1.10.1 Sistema Integrado de Gestión para la Calidad, la Seguridad Industrial, la Salud Ocupacional y la Gestión Ambiental	26
1.10.2 Recurso Humano Hospital Universitario Departamental de Nariño	28
1.10.3 Capacidad Instalada por Servicios	30
1.10.4 Producción de Servicios	31
1.10.5 Perfil de Morbilidad - Mortalidad	35
1.11 Portafolio de Servicios	40
1.12 Indicadores de Calidad	42
1.13 Indicadores de Seguridad Clínica	44
1.14 Adherencia a Guías y Protocolos	46
1.15 Análisis de demanda no atendida	48
1.15.1 Años 2009 y 2010 por Call Center	48
1.15.2 Demanda no atendida en cirugía	49
1.16 Situación Financiera	49
2. ANALISIS ESTRATÉGICO	57
2.1 Metodología para la formulación estratégica	57
2.1.1 Paso 1. Insumos	57
2.1.2 Paso 2. Adecuación	73
2.1.3 Paso 3. Decisión	77



2.1.4 Conclusiones	77
2.1.5 Gran Estrategia	77
2.1.6 Factores claves de éxito	77
2.1.7 Objetivos Estratégicos	81
2.1.8 Articulación de los Factores Claves de Éxito con Objetivos Estratégicos e indicadores	82
2.1.9 Mapa de Procesos	82
2.1.10 Elementos de la Plataforma Estratégica	83
3. PLAN DE INVERSIONES	87
3.1 Procesos Misionales	88
3.1.1 Plan de Inversión 1: IAMI	88
3.1.2 Plan de Inversión 2: Soporte Terapéutico	90
3.1.3 Plan de Inversión 3: Dotación UCI Neonatal	92
3.1.4 Plan de Inversión 4: Apoyo Diagnostico	93
3.1.5 Plan de Inversión 5: Servicio Farmacéutico	95
3.1.6 Plan de Inversión 6: Quirófanos	96
3.1.7 Plan de Inversión 7: Urgencias y Consulta Externa	98
3.1.8 Plan de Inversión 8: Ampliación Portafolio de Servicios	99
3.1.9 Plan de Inversión 9: Ampliación Portafolio de Servicios	102
3.1.10 Plan de Inversión 10: Servicio de Urgencias	103
3.1.11 Plan de Inversión 11: Servicio de Urgencias	105
3.1.12 Plan de Inversión 12: GIT Soporte Terapéutico – Servicio de Oncología	107
3.2 Procesos Estratégicos y de Apoyo	111
3.2.1 Plan de Inversión 13: Ambiente Físico	111
3.2.2 Plan de Inversión 14: Ambiente Físico – Gestión del Talento Humano	112
3.2.3 Plan de Inversión 15: Ambiente Físico	113
3.2.4 Plan de Inversión 16: Sistemas de Información y TIC	115
3.2.5 Plan de Inversión 17: Gestión Ambiental	117
3.2.6 Plan de Inversión 18: Docencia e Investigación	118
3.2.7 Plan de Inversión 19: Humanización en la atención y desarrollo del Talento Humano	119
3.2.8 Plan de Inversión 20: Talento Humano	120
3.3 Matriz de priorización de proyectos	121
3.4 Cronograma de ejecución de proyectos	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127



## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores Plan de Desarrollo Nacional	17
Tabla 2. Subprogramas Plan de Desarrollo Departamental	19
Tabla 3. Distribución Geográfica Departamento de Nariño	20
Tabla 4. Estadísticas Vitales	22
Tabla 5. Análisis de Mortalidad	22
Tabla 6. Factores Poblacionales	25
Tabla 7. Condiciones de Aseguramiento	26
Tabla 8. Recurso Humano HUDN por Profesión	28
Tabla 9 Total Personal HUDN	30
Tabla 10. Capacidad Instalada	30
Tabla 11. Producción de Servicios	31
Tabla 12. Producción en Imagenología	32
Tabla 13. Producción de Servicios Según Aseguramiento	33
Tabla 14. Primeras 10 Causas de Atención Consulta Externa HUDN	35
Tabla 15. Primeras Causas de Morbilidad en Egreso Hospitalario	37
Tabla 16. Principales Causas de Morbilidad en Consulta de Urgencias HUDN 2011	38
Tabla 17. Primeras Causas Mortalidad HUDN	39
Tabla 18. Servicios Habilitados HUDN 2011	40
Tabla 19. Satisfacción del usuario.	42
Tabla 20. Quejas y Reclamos.	43
Tabla 21. Quejas Atendidas	43
Tabla 22. Primeras Causas Eventos Adversos HUDN 2009, 2010 y 2011	44
Tabla 23. Adherencia a Guías y Protocolos	46
Tabla 24. Eventos Adversos en Cirugía	46
Tabla 25. Oportunidad en la Asignación de Citas en Consulta Especializada	47
Tabla 26. Oportunidad en la Atención en la Consulta de Urgencias	47
Tabla 27. Tasa de letalidad	48
Tabla 28. Datos de Call Center	48
Tabla 29. Pacientes quirúrgicos en lista de espera.	49
Tabla 30. Proporción de cancelación de cirugía programada.	49
Tabla 31. Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental	50
Tabla 32. Estado de resultados	50
Tabla 33. Relación Ingresos y gastos	51



Tabla 34. Ingresos por Servicios de Salud a 31 de Diciembre de 2011	51
Tabla 35. Costos a 31 de Diciembre de 2011 (En Miles De Pesos)	52
Tabla 36. Margen de utilidad	53
Tabla 37. Activo corriente y no corriente	53
Tabla 38. Comparativo activo corriente y no corriente.	54
Tabla 39. Propiedad Planta y equipo.	54
Tabla 40. Inversiones	55
Tabla 41. Pasivos y Patrimonio	55
Tabla 42. Pasivo Corriente y No corriente	55
Tabla 43. Razón corriente	56
Tabla 44. Debilidades y Fortalezas por Sector.	60
Tabla 45. Convenciones para calificación.	68
Tabla 46. Fortalezas y debilidades.	68
Tabla 47. Convenciones para calificación.	71
Tabla 48. Oportunidades y Amenazas.	72
Tabla 49. Matriz DOFA	74

#### FIGURAS Y GRAFICOS

Figura 1. Mapa del Departamento de Nariño por Subregiones	15
Gráfico 1. Pirámide Poblacional Departamento de Nariño Año 2011	21
Gráfico 2. Responsabilidad Social Empresarial – Desarrollo Sostenible	27
Gráfico 3. Modelo de Planeación Estratégica	58
Gráfico 4. Diagnóstico Interno Hospital Universitario Departamental de Nariño	59
Gráfico 5. Matriz de Regiones Estratégicas	74
Gráfico 6. Mapa de Procesos	



## INTRODUCCIÓN

La actual gerencia del Hospital Universitario Departamental de Nariño, en concordancia con los demás lineamientos gerenciales, decide formular su plan de desarrollo de manera participativa y concertada con los grupos internos de trabajo (GIT) y con las partes interesadas; este plan que se constituye en el documento rector de la administración, desde ya es ambicioso y soñador, con el único propósito de contribuir al desarrollo institucional y al mejoramiento de las condiciones de salud de nuestros usuarios y sus familias.

Nuestro plan de desarrollo nos determina un punto de partida y un horizonte en la gestión, con el objeto de establecer estrategias que permitan eficiencia en los recursos y desempeño adecuado en las funciones gerenciales.

Haciendo uso de las técnicas de planeación estratégica y un ejercicio prospectivo se identificaron tanto de factores internos como externos que diagnostican la situación presente de la institución y los aspectos demográficos del departamento, además de variables económicas, políticas, jurídicas, ambientales y sociales.

Las actuales condiciones del Hospital y del estado de salud de nuestra comunidad permiten abordar temas como fortalecimiento en el portafolio de servicios, de accesibilidad y mejoramiento en la atención a los pacientes; variables que presentan serias limitaciones para alcanzar satisfacción y salud en nuestros usuarios.

Posteriormente al diagnóstico con esta metodología se identificaron factores claves de éxito como: mantener la acreditación institucional, mejorar la gestión clínica, fortalecer el sistema de información e informática, estructurar la gestión de la innovación, fortalecer infraestructura y dotación hospitalaria, fortalecer la gestión del desarrollo sostenible y protección del medio ambiente, fortalecer la gestión del talento humano, fortalecer la gestión financiera, fortalecer la gestión en la prestación de servicios de salud; a los cuales se les determina unas acciones para mitigar las debilidades y amenazas, y maximizar las fortalezas y las oportunidades; aunado a estos factores en secuencia se establecen siete objetivos estratégicos que se pretenden alcanzar al cabo de periodo gerencial, es decir a 31 de marzo de 2016. De esta manera la Gerencia y el equipo de planeación basados en un diagnóstico real y como resultado de la información manifestada y procesada al interior de cada grupo de trabajo plantea unos proyectos de inversión



HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO S.S.A.

Plan de desarrollo 2012 - 2016



que sin lugar a dudas solucionarían los factores claves de éxito que se identificaron.

De esta manera el presente documento se convierte en una herramienta fundamental que se monitoreará permanentemente para incrementar la eficacia en la consecución de nuestros objetivos.



Plan de desarrollo 2012 - 2016

# 1 DIAGNÓSTICO

“Un Hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir”





## 1.1 Marco Legal

La ley 87 de 1993: Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado. El Artículo 1 define el Control Interno como un sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación, adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

La ley 100 de 1993: Ésta es la ley marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el Artículo 153, numeral 9, determina: “El Sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios: atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las Instituciones deberán estar acreditadas ante las Entidades de Vigilancia”. “En el Artículo 188, establece que el Ministerio de Salud, definirá normas de calidad y satisfacción al usuario, y que las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud no podrán discriminar la atención de los usuarios”. En igual sentido, el artículo 199, establece la organización de los tiempos de espera por servicios y de acuerdo a la patología y necesidades del paciente.

El decreto 1011 de 2006: Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el artículo 4 define como componentes de dicho Sistema los siguientes:

El Sistema Único de Habilitación.

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

El Sistema Único de Acreditación.

El Sistema de Información para la Calidad.

La ley 152 de 1994: Establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. En su Artículo 1 define como propósito establecer los procedimientos y los mecanismos para la elaboración, la aprobación, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y el control de los Planes de Desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el Artículo 342, y en general por el Capítulo 2. Del título XII de la



Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al Plan de Desarrollo y la Planificación.

La Ley 1122 de enero de 2007: Hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En su artículo 28, precisa: “(...) Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo de acuerdo a la patología y necesidades del paciente.

Decreto 3039 de 2009: Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

La ley 1450 de 2011 por medio de la cual se expide en el PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2010-2014

## 1.2 Reseña Histórica HUDN

En el mes de Marzo de 1967, el Presidente de la República Dr. Carlos Lleras Restrepo, visita la ciudad de Pasto y es enterado de las precarias condiciones funcionales del entonces Hospital Civil de Pasto, y se compromete a facilitar las gestiones conducentes a la creación del Hospital Departamental de Nariño. En el mes de Enero de 1970, se inicia el proceso de construcción y el 15 de Diciembre de 1975, se da inicio a la prestación de servicios de salud, con la inauguración del servicio de Consulta Externa. En 1977, se da apertura a los servicios de Hospitalización, con las especialidades básicas de Medicina Interna, Cirugía, Gineco - Obstetricia, y Pediatría; y además se ponen en servicio las unidades de apoyo de Radiología, Laboratorio Clínico, Patología, Rehabilitación, Farmacia y Nutrición. En 1976, el Hospital se convierte en la Sede de la Regional Central No 1 y se coloca bajo su cuidado, al Hospital Infantil Los Ángeles y a 18 organismos más de salud de baja complejidad. En el año de 1987, el Gobierno del Japón se vincula a la región y al Hospital a través de un proyecto de cooperación internacional, realizando una importante donación en equipos médicos que colocaron al Hospital en esa época, a la vanguardia de la tecnología biomédica.



El Hospital Departamental de Nariño es clasificado como un organismo para atención de nivel III. A partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye en una Empresa social del Estado por ordenanza 067 expedida en la Asamblea Departamental de Nariño, proyectándose con los avances de la Ciencia, la Tecnología y la Gerencia Moderna a la comunidad del Sur Occidente del País.

En el año 2004, la Honorable Asamblea del Departamento, modifica los estatutos de la ESE y establece una nueva estructura orgánica, y lo transforma en un Hospital de carácter Universitario.

En éste año 2006, se publica el ranking de Instituciones prestadoras de servicios de salud realizado por el Ministerio de la Protección Social y la universidad Nacional de Colombia en el cual el Hospital Universitario Departamental de Nariño, es clasificado como el primero a nivel nacional en la categoría de mediana complejidad. Simultáneamente la Presidencia de la República a través del Departamento Administrativo de la Función Pública, considera que en el Hospital existe una experiencia exitosa de gestión y recomienda la inscripción en el banco de éxitos de la función pública la experiencia del Hospital: “El Direccionamiento Estratégico con Enfoque Prospectivo para el Éxito y la Competitividad en las Empresas Sociales del Estado”; y posteriormente en el año 2007 nuevamente se reconoce e inscribe como un proyecto exitoso para el banco de éxitos la experiencia “El programa de administración de seguridad integral Hospitalaria, una responsabilidad institucional por la seguridad de nuestros grupos de interés”.

En el año 2007 el HUDN es finalista del premio Nacional “Lideres en Acción” en el concurso organizado por la Administradora de Riesgos Profesionales ARP Colmena, igual mención obtiene en el año 2008 al participar en el Premio “Calidad en Salud Colombia” organizado por el Centro de Gestión Hospitalaria. Pero es sin lugar a dudas el año 2010 es el de mayor reconocimientos pues se recogen los frutos de años de arduo y acertado trabajo de desarrollo empresarial encaminado al fortalecimiento de una cultura de calidad, es el año donde el lema “Un Hospital seguro para una atención segura” recibe mención de honor en el premio “Galardón Hospital Seguro” organizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC y obtiene el premio “Calidad en Salud Colombia, en la categoría “Bronce”, así mismo el organismo acreditador en salud ICONTEC le otorga el certificado de Institución Acreditada en Salud, máximo reconocimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud Colombianas, y cierra este exitoso capítulo de la historia la Acreditación como Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia IAMI, otorgada por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN y la UNICEF. En el año 2011 se renueva el certificado de



Acreditación del HUDN, con el reconocimiento al Sistema Único de Acreditación por parte de La Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQUA), lo que permite actualizar el certificado de Acreditación incluyendo al logo símbolo creado por el Ministerio de Salud, el internacional otorgado por ISQUA.

En el año 2012, recibe nuevamente la mención de Honor en el premio “Galardón Hospital Seguro, por parte de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC, lo que demuestra el interés por mantener la mejora y el cumplimiento de altos estándares de calidad que lo posicionan como la institución única del municipio en San Juan de Pasto en haber alcanzado tales reconocimientos

### 1.3 Marco Departamental

El Departamento de Nariño se ubica al sur occidente de Colombia, en la frontera con el Ecuador. Limita por el Norte con el Departamento del Cauca, por el Este con el Departamento del Putumayo, por el Sur con la República del Ecuador y por el Oeste con el océano Pacífico. Está integrado por tres grandes regiones geográficas de Colombia: la Llanura del Pacífico en el sector oriental, que representa una extensión del 52% del Departamento, la Región Andina que atraviesa el Departamento por el centro de norte a sur, que representa el 40% del territorio, y la Vertiente Amazónica ubicada al sur oriente del mismo, con el 8% de la extensión territorial de Nariño.

La población total del Departamento, según las proyecciones del DANE Censo 2005 para el año 2011, es de 1.660.087 habitantes que representa el 3,6% de la población nacional, de los cuales 155.199 (10,8%) son indígenas y 270.433 (18,8%) afro descendientes. Porcentualmente el 51,84% de la población está ubicado en la parte rural y el resto, es decir, 48,16% en el área urbana, lo que indica la ruralidad existente en el Departamento.

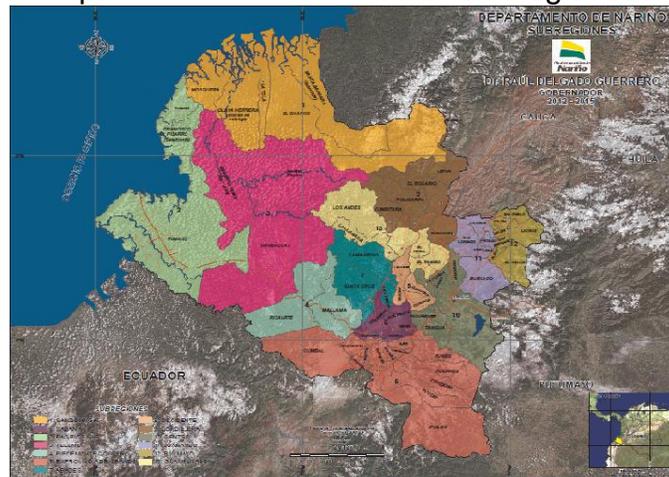
La población indígena del Departamento de Nariño se encuentran distribuidos en siete pueblos: Pastos con el 77,42% de la población, seguido por los Awá con el 15,72%, 2,64% de los Esperara Siapidara, 2,35% son Quillasinga, 1,78% pertenecen a los Inga, la etnia Kofán tiene 160 habitantes (DANE, 2005) y el pueblo Nasa. Geográficamente los pueblos indígenas de Nariño se distribuyen en el territorio en 38 municipios del Departamento.



La población afrodescendiente, habita principalmente en la Costa Pacífica y en el Pie de Monte Costero, que es la región más extensa de Nariño (19.737 Km<sup>2</sup>) de las tierras departamentales.

El departamento de Nariño se divide en 13 subregiones como se presenta en la figura 1, de la siguiente manera:

Figura 1. Mapa Del Departamento De Nariño Por Subregiones



Fuente: Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015

#### 1.4 Marco Municipal

El Municipio de Pasto, capital del Departamento de Nariño, se encuentra ubicado al sur de Colombia, tiene una extensión de 1.181 Kms. 2 del cual el área urbana es de 26,4 Km<sup>2</sup>., una población de 423.217 habitantes según el censo realizado por el DANE en el año 2005, de los cuales el 81.64% habita en las 12 comunas que constituyen la ciudad de San Juan de Pasto y el 18.36% en los 17 corregimientos.

La población del municipio de Pasto proyectada con base en el censo del año 2005 es de cuatrocientos veintitrés mil doscientos diecisiete (423.217) habitantes de los cuales el 82,6% se concentra en el área urbana. Está conformada en un 51,9% por mujeres y un 48,1% por hombres, para una razón de masculinidad de 93 hombres por cada 100 mujeres; a pesar de que nacen más hombres que mujeres, gradualmente hay un cambio debido a las diferencias en la mortalidad.



## 1.5 Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014 “Prosperidad para Todos”

El Plan Desarrollo de la Presidencia considera en su capítulo IV denominado Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social, los elementos fundamentales para el sector salud. Según el Plan: Uno de las condiciones necesarias para disminuir los niveles de pobreza y de desigualdad es garantizar el funcionamiento del Sistema de Protección Social cuyo diseño comprende tres grandes componentes: 1. la seguridad social integral salud, riesgos profesionales y protección al cesante. 2. La promoción social y 3. Las políticas y programas de formación del capital humano. El gran objetivo de un sistema de protección social es velar por la igualdad de oportunidades para toda la población. Uno de los retos más urgentes para alcanzar este objetivo es consolidar un sistema de salud equitativa, sostenible y de calidad.

Las prioridades se centran en implementar un modelo de atención integral que evolucione hacia una cobertura universal, con equidad y calidad. En este contexto, se asumen como criterios de equidad en la primera infancia; las brechas urbano rurales, las necesidades particulares de los niños de acuerdo con la edad y condición, así como la situación real de cada una de las entidades territoriales en términos de salud, nutrición, educación y cuidado. Capítulo IV. Numeral A. Política Integral de Desarrollo y Protección Social.

**1.5.1 Líneas de Acción del Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014.** El Plan de Desarrollo en su componente de salud, es un instrumento que permite conectar la gestión y las metas con la construcción de programas o estrategias de intervención y acción para lograr resultados medibles.

El Plan de Desarrollo Nacional, nos otorga líneas estratégicas de intervención que deben ser consideradas y mencionadas las cuales son:

- Atención integral a la primera infancia
- Atención integral a la gestante
- Programa de vacunación
- Programa de salud sexual y reproductiva
- Programa de detección y tratamiento oportuno del cáncer
- Programa de seguridad en la vida sexual activa
- Programa de malaria y dengue
- Programa de enfermedades crónicas.



El Plan de Desarrollo Nacional presenta indicadores en salud con línea de base y metas proyectadas para el año 2014 que se presentan en la tabla 1 de la siguiente manera:

Tabla 1. Indicadores Plan de Desarrollo Nacional

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2014
Tasa de mortalidad infantil ajustada	20,6 por 1000 nacidos vivos.	17,15
Tasa de mortalidad en la niñez ajustada	24,89 por 1000 nacidos vivos.	19,61
Razón de mortalidad materna	75,6 muertes por 100.000 nacidos vivos	48,8
Cobertura de vacunación en niños y niñas de 1 año	Triple viral: 95.2% DPT: 92.2%	95% anual
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	83.6%	89%
Porcentaje de atención institucional de parto	98.1%	98.1%
Porcentaje de niños con bajo peso al nacer	8.5%	<10%
Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino	8,8 por 100.000 mujeres	7.08
Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años	0.59%	<1% anual
Prevalencia de enfermedad renal crónica estadio 5	45,1 por 100.000 habitantes	Reducir 10% en el cuatrenio
Proporción de pacientes que se mantienen con enfermedad renal o en estadio temprano a pesar de tener enfermedades precursoras	54%	85%
Porcentaje de captación en los servicios de salud de los pacientes existentes con HTA en la población BDUA	38%	70%
Porcentaje de la población que percibe como bueno su estado de salud	79,5%	90%
Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 5 años y mujeres de 13 a 49 años en las áreas urbano y rural	33%	Reducir a 20%
Duración de la lactancia materna exclusiva	1,8 meses	Incrementar a 3,8 meses
Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en talla o desnutrición crónica	13,2%	8%
Cobertura de citología cervico uterina en mujeres de 25 a 69 años	76%	Sostener al menos en 76%
Prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente 15 a 19 años	55.5%	63.6%



INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2014
Prevalencia de uso de métodos de anticoncepción moderna en la población sexualmente activa	68.2%	74%
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo	20.5%	< 15%

Fuente: Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014

### 1.6 Plan de Desarrollo Departamental "Nariño Mejor" 2012 - 2015

La construcción del Plan Departamental de Salud "Salud Para Un Buen Vivir" propone un nuevo modelo de salud, en el que se considere a ésta como un derecho fundamental donde prime el bienestar y se impacte positivamente, y de la manera más amplia, posible en la comunidad.

Las dimensiones prioritarias que se tuvieron en cuenta en el plan son:

- La Infancia
- Salud ambiental y entornos saludables
- Salud mental y convivencia
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Salud sexual y reproductiva
- Vida saludable sin condiciones crónicas

Teniendo en cuenta la situación de salud del departamento, se plantearon metas de resultado para el cuatrienio 2012 – 2015 con las cuales se busca impactar la salud de las y de los nariñenses, y concomitantemente se plantearon metas de producto e indicadores para cada una de ellas con sus respectivas líneas de base y metas, las cuales se constituyen en una guía para ir avanzando en cada año de la vigencia del plan.

Estas prioridades o finalidades se definen para cada uno de los subprogramas del programa "Salud para el buen Vivir" del Plan de Desarrollo Departamental, siguiendo a su vez la orientación normativa de los Ejes Programáticos del sector salud a los cuales se agrega el eje de Fortalecimiento Institucional, formulado particularmente para el Departamento de Nariño. A continuación, en la tabla 2, se presentan los objetivos específicos de cada subprograma y se enuncia las metas de resultado relacionadas con cada uno de ellos, formuladas en participio pasado.



Tabla 2. Subprogramas Plan de Desarrollo Departamental

SUBPROGRAMA	OBJETIVO	METAS
Aseguramiento	Lograr la cobertura universal del aseguramiento Al SGSSS de la Población de Nariño.	-Incrementar en el 2015 la afiliación de la población. -Fortalecer la inspección, vigilancia y control de aseguramiento.
Prestación de servicios	Mejorar la calidad de la atención en salud	-Contratar la red necesaria de manera anualizada para la atención a la población objeto. -Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad, seguridad y humanización del servicio con enfoque al cumplimiento del SOGC. -Garantizar la operatividad, sostenibilidad financiera y social, con un modelo de atención basado en APS con enfoque diferencial y preferente.
Salud pública	Garantizar las acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, mitigación y superación de los riesgos para mejorar el estado de salud de la población	-Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años. -Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año. -Reducir la razón de mortalidad materna. -Reducir el porcentaje de desnutrición global en menores de 5 años. -Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres de 10 a 54 años. - Mantener la prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años. -Reducir la mortalidad por Malaria. -Mantener la Mortalidad por dengue. -Mantener la tasa de curación de TBC. -Reducir la tasa de suicidios. -Aumentar la atención en salud mental a pacientes víctimas de violencia.
Salud pública	Garantizar las acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, mitigación y superación de los riesgos para mejorar el estado de salud de la población	-Reducir la proporción de sobre peso en adultos. -Disminuir la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y obesidad en menores de 40 años.
Riesgos profesionales	Identificar y mitigar los riesgos laborales de los trabajadores informales mediante la articulación intersectorial, inspección, vigilancia y control del accidente de trabajo.	-Mejorar las condiciones de salud laboral en la población.
Promoción Social	Fortalecida mediante el desarrollo de las competencias del IDSN, la participación e inclusión social que permita el acceso a los servicios de salud de grupos especialmente protegidos constitucionalmente.	-Mejorar la participación y el control social en cuanto a la inclusión y trato diferencial a las poblaciones indígenas, afrocolombiana, en situación de desplazamiento y de discapacidad.



SUBPROGRAMA	OBJETIVO	METAS
Gestión del riesgo	Gestionar y apoyar las acciones intersectoriales para la identificación mitigación y superación de las emergencias y desastres en salud de origen natural o antrópico.	-Mejorar la capacidad de las entidades del sector salud en materia de gestión del riesgo frente a emergencias y desastres.

Fuente: Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015

### 1.7 Estructura Poblacional Departamento De Nariño

La Distribución Geográfica de la población Departamento de Nariño se encuentra enmarcada en 13 regiones que contienen los 64 municipios del departamento como se observa en la tabla 3, de la siguiente manera:

Tabla 3. Distribución Geográfica Departamento de Nariño

N°	SUBREGIONES	MUNICIPIOS	POBLACION Habitantes	EXTENSIÓN Km2
1	Sanquianga	El Charco, La Tola, Mosquera, Olaya Herrera y Santa Bárbara	101.713	5.844
2	Pacífico Sur	Tumaco y Francisco Pizarro	196.316	4734
3	Telebí	Barbacoas, Roberto Payan, Magui Payan	74.581	6.206
4	Pie De Monte Costero	Ricaurte y Mallama	25.804	2.953
5	Ex provincia de Obando	Ipiales, Aldana, Guachucal, Cumbal, Cuaspud, Pupiales, Puerres, Córdoba, Potosí, El Contadero, Iles, Gualmatán y Funes.	273.776	4.894
6	Sabana	Túquerres, Imués, Guaitarilla, Ospina y Sapuyes	75.692	643
7	Abades	Samaniego, Santacruz y Providencia	87.436	1.362
8	Occidente	Sandoná, Linares, Consacá y Ancuya	53.837	452
9	Cordillera	Taminango, Policarpa, Cumbitara, El Rosario y Leiva	72025	1959
10	Centro	Pasto, Nariño, La Florida, Yacuanquer, Tangua y Chachagüí.	466.331	1878
11	Juanambú	La Unión, San Pedro de Cartago, San Lorenzo, Arboleda y Buesaco.	84.828	1.219
12	Río Mayo	El Tablón de Gómez, Albán, San Bernardo, Belén, Colon, La Cruz, San Pablo.	104.262	864
13	Guambuyaco	Los Andes, La Ilanada, El Tambo, El Peñol	43.859	1.764

Fuente: Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015

### 1.8 Pirámide Poblacional Departamento de Nariño Año 2011

La pirámide poblacional del departamento de Nariño refleja un crecimiento regular de su población, presenta un comportamiento acorde con la tendencia actual mundial en transición de forma de pirámide a barril, por la disminución de la

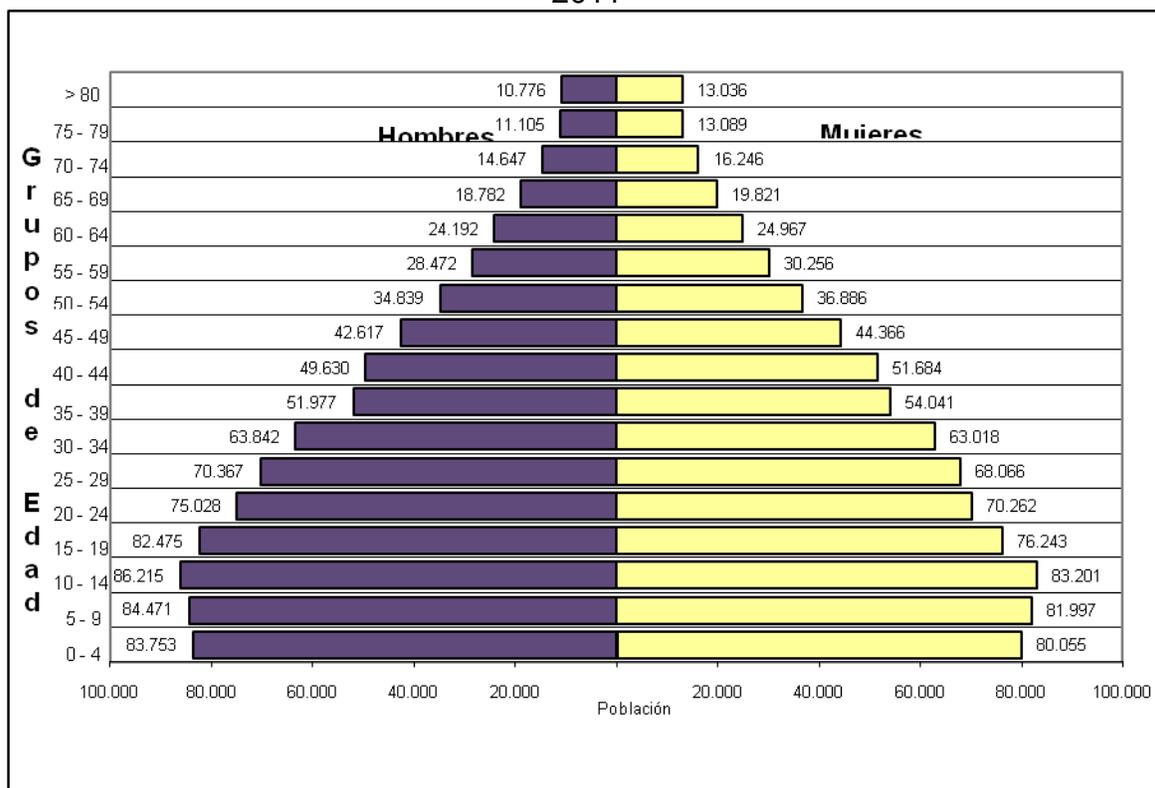




población infantil debido a la reducción de la natalidad y de la tasa de fecundidad, el grupo etéreo de mayor concentración es el de 10 a 14 años y el de menor lo constituye el grupo personas mayores de 80 años. En cuanto a la composición por sexo es mayor la población de mujeres, sin embargo se observa que hasta los menores de 30 años hay más hombres que mujeres y luego de esta edad se invierte la proporción, lo que se puede explicar por las muertes violentas y que la expectativa de vida es mayor en las mujeres.

En el grafico 1. Se presenta la pirámide poblacional del departamento de Nariño del año 2011.

Grafico1. Pirámide Poblacional Departamento de Nariño Año 2011



Fuente: Indicadores Básicos de Salud IDSN





## 1.9 Estado de Salud de la Población

El estado de salud de la población es un elemento fundamental del diagnóstico que permite la valoración del estado de salud en la nación, el departamento y el municipio de Pasto, lo que identifica la capacidad que debe tener el hospital para la atención de tercer nivel.

### 1.9.1 Estadísticas Vitales

Tabla 4. Estadísticas Vitales

INDICADOR	DPTAL Año 2011	NACIONAL Año 2011	ANALISIS
Esperanza de vida al nacer	75,61	77,51	La expectativa de vida de la población de Nariño es 1.9 años menor que la de Colombia.

Fuente: DANE

**1.9.2 Análisis Mortalidad:** la tabla 5 indica el análisis de las principales causas de mortalidad en la nación, el departamento, el municipio de Pasto y el porcentaje de fallecimientos que ocurren en el HUDN.

Tabla 5. Análisis de Mortalidad

INDICADOR	PASTO	DPTAL	NAL	FUENTE	ANALISIS
	2011	2011	2011		
Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes	423	342	366	DANE	La tasa de mortalidad general en el municipio de Pasto está por encima del orden departamental y Nacional.
Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	103,5	112,51	72,88	PDD	La tasa de mortalidad materna en el departamento está por encima del municipio de Pasto y de la Nación.
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	11.8	40,56	20,13	PDD	La tasa de mortalidad infantil del departamento es mucho mayor que la Nacional debido a las condiciones de pobreza de la población, siendo más notorio en el occidente del departamento.



INDICADOR	HOSPITAL HUDN			PASTO	DPTAL	NAL	FUENTE	ANALISIS
	2009	2010	2011	2011	2011	2011		
Mortalidad asociada a VIH Tasa por 100,000 habitantes	0,56	0,49	0,54	2.16	1,45	4,56	DANE	En el año 2011 el35% de los fallecimientos asociados con VIH se presentan en el Hospital por ser de referencia del departamento
Mortalidad de cáncer de Útero. Tasa por 100,000 mujeres	0,31	0,49	0,42	5.75	9,86	8,50	PDD	En el año 2011 el4% de los fallecimientos por esta patología se presentan en el Hospital por ser de referencia del departamento
Mortalidad de cáncer de Pulmón Tasa por 100,000 habitantes	0,31	0,30	0,42	4,31	3,79	7,71	DANE	En el año 2011 el11% de los fallecimientos por esta patología se presentan en el Hospital por ser de referencia del departamento
Mortalidad de cáncer de Mama. Tasa por 100,000 habitantes	0,25	0,55	0,30	4,31	2,89	4,48	DANE	En el año 2011 el10% de los fallecimientos por Cáncer de mama se presentan en el Hospital.
Mortalidad de cáncer de estomago Tasa por 100,000 habitantes	1,30	2,13	1,75	14,37	12,53	8,83	DANE	En el año 2011 el14% de los fallecimientos por esta patología se presentan en el Hospital por ser de referencia del departamento
Mortalidad por enfermedad coronaria y cardiaca Tasa por 100.000 habitantes	1,23	1,65	1,69	50,54	36,99	73,9	DANE	En el año 2011 el4% de los fallecimientos por esta patología se presentan en el Hospital por ser de referencia del departamento
Mortalidad por enfermedad diabetes Tasa por 100.000 habitantes	0,86	1,28	1,20	15,09	10,72	13,06	DANE	En el año 2011 el11% de los fallecimientos por diabetes se presentan en el Hospital, por ser de referencia del departamento
Mortalidad por enfermedad cerebro vasculares Tasa por 100.000 habitantes	2,28	1,83	1,75	36,41	26,32	25,84	DANE	En el año 2011 el4.8% de los fallecimientos por enfermedad cerebro vascular se presentan en el Hospital, por ser de referencia del departamento.



INDICADOR	HOSPITAL HUDN			PASTO	DPTAL	NAL	FUENTE	ANALISIS
	2009	2010	2011	2011	2011	2011		
Mortalidad enfermedades crónicas por vías respiratorias Tasa por 100.000 habitantes	1,11	2,20	1,99	28,26	19,64	21,61	DANE	En el año 2011 el 6.7% de los fallecimientos por enfermedades crónicas se presentan en el Hospital, por ser de referencia del departamento.
Mortalidad homicidios Tasa por 100.000 habitantes	1,67	1,52	1,20	23,47	27,53	27,81	DANE	En el año 2011 el 5.1% de los fallecimientos por homicidio se presentan en el Hospital, por ser de referencia del departamento.
Mortalidad por malaria	0,06	0,06	0,00	0	1	53 casos	Indicadores Básicos de Salud 2011 IDSN	El Departamento tiene implementado el programa de ETV, los pacientes son atendidos generalmente en el Hospital San Andrés de Tumaco
Mortalidad por dengue	0	0	0	0	0	74	Indicadores Básicos de Salud 2011 IDSN	El Departamento tiene implementado el programa de ETV y no se han presentado fallecimientos en la institución por esta causa.

Analisis general: como se puede observar las tasas de mortalidad mas representativas son las causadas por cancer, especialmente en organos como el estomago, mama y utero, las estadísticas municipales y departamentales se encuentran por encima del promedio nacional por lo cual el HUDN, tendra que reforzar o mejorar los servicios de Oncologia para contribuir a mejores tratamientos a la poblacion que padece estas enfermedades. Por otra parte enfermedades como la diabetes y las cerebro – vasculares tambien tendran especial atencion en estrategias de tratamiento y rehabilitacion; posteriormente articulando las demas variables del diagnostico se priorizará la problemática a tratar.



### 1.9.3 Factores Poblacionales

Tabla 6. Factores Poblacionales

INDICADOR	HOSPITAL HUDN			PASTO	DPTAL	NAL	FUENTE	ANALISIS
	2009	2010	2011	2011	2011	2011		
Porcentaje de niños con bajo peso al nacer Índice de recién nacidos con bajo peso al nacer	20,7	17,0	18,0	SD	8,7	8,5	Indicadores Básicos de Salud 2011 IDSN	Al ser un hospital de referencia departamental se atienden las gestantes de alto riesgo, por ello el indicador de bajo peso al nacer es mal alto que el Departamental y Nacional
Porcentaje de partos intra hospitalarios	NO APLICA			SD	96	98,1	Indicadores Básicos de Salud 2011 IDSN	En el departamento el 96% de los partos son atendidos en instituciones prestadoras de salud.

### 1.9.4 Condiciones de Aseguramiento

La cobertura de afiliación en Nariño ha tenido un destacado avance, dado que el 85.85% de la población, es decir 1.425.234 personas, están afiliadas a algún régimen de seguridad social. De ellas 1.117.587 personas se encuentran afiliados al régimen subsidiado, en el régimen contributivo están 240.792 y quedan aproximadamente 128.000 nariñenses en condición de pobreza y vulnerabilidad no afiliada. El 90.36% de la población indígena está afiliada al sistema, lo mismo que el 52.06% de la población en situación de desplazamiento.

A nivel subregional, los datos indican que la subregión Ex provincia de Obando, presenta la mayor proporción de cobertura del régimen subsidiado, seguido de la Sabana; las subregiones de Sanquianga, Pacífico Sur y Telembí tienen coberturas que van desde el 76 al 80%. En el resto de subregiones la cobertura de afiliación está entre el 93 y 95%. Se destaca la validación de las bases de datos de afiliados depuradas en un 94,43%, lo que garantiza validez y transparencia en el sistema.



Tabla 7. Condiciones de Aseguramiento

INDICADOR	PASTO Año 2011	FUENTE	DEPARTAMENTO DE NARIÑO Año 2011	FUENTE
Porcentaje de afiliación de la población asegurada por sistema: subsidiado,	50,4%	Plan Territorial de Salud Municipal 2012-2015	78%	Informe de gestión 2008-2011 IDSN
Porcentaje de afiliación de la población asegurada por sistema: contributivo	41,8%	Plan Territorial de Salud Municipal 2012-2015	20%	Informe de gestión 2008-2011 IDSN
Porcentaje de afiliación de la población asegurada por sistema: Excepción (Población pobre no afiliada).	7,8%	Plan Territorial de Salud Municipal 2012-2015	2%	Informe de gestión 2008-2011 IDSN
Cobertura de aseguramiento.	93,1%	Plan Territorial de Salud Municipal 2012-2015	85,85%	Informe de gestión 2008-2011 IDSN

El estado actual de aseguramiento determina también las posibles fuentes de ingresos por venta de servicios por los diferentes regímenes para nuestra organización; la situación es preocupante por cuanto siendo el Instituto Departamental de Salud de Nariño uno de los principales clientes por el número de vinculados y por competencias de aseguramiento de servicios no POSS se observa una dinámica decreciente la cual no es compensada por el incremento del régimen subsidiado, lo anterior en virtud de fenómenos de selección adversa y de integración vertical de las EPS

## 1.10 Análisis Interno Hospital Universitario Departamental de Nariño

**1.10.1 Sistema Integrado de Gestión para la Calidad, la Seguridad Industrial, la Salud Ocupacional y la Gestión Ambiental.** El sistema HSEQ (HEALTH-SAFETY-ENVIRONMENT-QUALITY) está enmarcado en el concepto de desarrollo sostenible, especialmente para nuestra organización que avanza hacia el futuro con nuevos retos asistenciales, por lo tanto consideramos que la “salud” es el mayor de los bienes que pueda tener un ser humano, por lo que la tratamos con especial compromiso y responsabilidad, esto nos va a permitir trabajar en función del mantenimiento y promoción de la calidad de vida no solo de los usuarios que acuden a nuestra institución sino también la de nuestros



colaboradores, el mejoramiento continuo, la prevención de accidentes e incidentes, que puedan llegar a generar lesiones personales, enfermedades profesionales, daños a la propiedad o daños al medio ambiente fijando metas claras, midiendo logros, implementando los correctivos y salvaguardando y protegiendo los recursos naturales que se consumen durante la cadena de prestación de los servicios.

**HSEQ, Responsabilidad Social y Desarrollo Sostenible.** El Sistema Integrado de Gestión, está conformado a su vez por tres sistemas que exigen el cumplimiento de los requisitos establecidos en las siguientes normas técnicas:

Gráfico 2. Responsabilidad Social Empresarial – Desarrollo Sostenible.



- **Q - QUALITY (CALIDAD), NTC ISO 9001:** A través de sus requisitos se estructuraran las bases para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, buscando satisfacer no solo las necesidades sino también las expectativas de los usuarios y familias, todo esto en el marco del **S.O.G.C.S**, y específicamente alineando a través del enfoque por procesos, al Sistema Único de Acreditación SUA el cual se constituye como eje



fundamental para la integración de los sistemas por medio de la estrategia HSEQ

- **HS – HEALTH AND SAFETY, NTC ISO 18001 – OSHAS:** Desarrollaremos el sistema de gestión de seguridad industrial y salud ocupacional, el cual permitiere mejorar las condiciones ocupacionales de los usuarios internos y externos para minimizar riesgos asociados a la ejecución propia de sus actividades.
- **E- ENVIROMENT, NTC ISO 14001:** El cumplimiento de sus requisitos nos permitirá implementar un verdadero sistema de gestión ambiental en busca de la minimización del impacto ambiental generado por el desarrollo de los procesos durante la prestación de servicios

Los anteriores sistemas de gestión deben ser abordados holísticamente desde una cultura organizacional transformadora de actitudes, donde se alinean las normas, la cultura y la dimensión ética adquiere un sentido trascendental en el quehacer institucional; inmersa a su vez en la **RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE** entendiendo como la corresponsabilidad que debe existir entre las instituciones, la sociedad y los individuos, contribuyendo con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de la comunidad Nariñense, y de la sociedad en general, así como de sus grupos de interés

**1.10.2 Recurso Humano Hospital Universitario Departamental de Nariño.** El recurso humano del hospital está integrado por funcionarios de planta y de contrato en esto hace parte las empresas: Servicios Multiactivos de Colombia S.A.S, Bioelectomedical Service, compañía de Vigilancia Santaferena, Servivarios la Mejor, Uniservice. La tabla 9 y 10. Indica la distribución de funcionarios por Profesión y el total de empleados

Tabla 8. Recurso Humano HUDN por Profesión

DETALLE	TOTAL 2010	TOTAL 2011	TOTAL 2012
Médicos Generales de Planta (4 Horas)	1	1	1
Médicos Generales de Contrato(4 Horas)	0	0	0
Total Médicos Generales ( 4 Horas)	1	1	1
Médicos Generales de Planta (8 Horas)	13	13	13





DETALLE	TOTAL 2010	TOTAL 2011	TOTAL 2012
Médicos Generales de Contrato(8 Horas)	38	47	54
Total Médicos Generales de Ocho Horas	51	60	67
Médicos Especialistas de Planta(4 Horas)	17	17	20
Médicos Especialistas de Contrato(4 Horas)	19	10	13
Total Médicos Especialistas (4 Horas)	36	27	33
Médicos Especialistas de Planta(8 Horas)	44	44	72
Médicos Especialistas de Contrato(8 Horas)	19	10	13
Total Médicos Especialistas(8 Horas)	63	54	85
Odontólogos Especialistas de Planta	1	1	1
Odontólogos Especialistas de Contrato(MAXILO-FACIAL)	1	1	2
Total Especialistas Odontólogos	2	2	3
Enfermeras de Planta	27	27	28
Enfermeras de Contrato	26	38	39
Total Enfermeras	53	65	67
Auxiliares Área Salud de Planta	104	101	110
Auxiliares Área Salud Contrato	139	158	189
Total Auxiliares Área Salud	243	259	299
Bacteriólogos Planta	6	6	6
Bacteriólogos Contrato	14	11	12
Total Bacteriólogos	20	17	18
Terapistas Planta	5	5	10
Terapistas Contrato	19	23	21
Total Terapistas	24	28	31
Auxiliares Área Laboratorio Planta	3	3	4
Auxiliares Área Laboratorio Contrato	16	15	16
Total Auxiliares Área Laboratorio	19	18	20
Técnicos Área Salud de Planta	3	3	3
Técnicos Área Salud Contrato	7	9	9
Total Técnicos Área Salud	10	12	12
Químicos Farmacéuticos de Planta	0	0	0
Químicos Farmacéuticos de Contrato	1	2	3
Total Químicos Farmacéuticos	1	2	3
Profesional Especializado Área Salud Planta	0	0	9
Total Especializado Área Salud	0	0	9



Fuente: Dinámica Hospitalaria Modulo Recursos Humanos

Tabla 9. Total Personal HUDN

DETALLE	2010	2011	2012
Total Personal Asistencial Planta	221	221	257
Total Personal Asistencial Contrato	280	314	358
Total Personal Asistencial	501	535	615
Total Personal Administrativo Planta	83	83	92
Total Personal Administrativo Contrato	154	177	192
Total Personal Administrativo	237	260	257
Total Personal HUDN	738	795	872

Fuente: Dinámica Hospitalaria Modulo Recursos Humanos

Del total del personal de la organización el 32 % corresponde a personal administrativo y el personal asistencial es del 68 %. Relación que para el año 2011 era de 67 % por 33 %. El personal administrativo que se ha incrementado corresponde a facturadores debido a la apertura de nuevos servicios y vinculación de personal en auditoria de cuentas médicas para respuesta de objeciones y glosas de EPS.

El personal asistencial de contrato que presta sus servicios en la organización corresponde al 58%, mientras que el personal de planta es del 42 %. En las labores administrativas están distribuidas el 68 % con personal de contrato y 32 % con funcionarios de planta. Comportamiento que en el año 2011 se conservó igual.

**1.10.3 Capacidad Instalada por Servicios.** Para el año 2011 el HUDN contó con 68 camas de observación, 20 camas de UCI adultos, 8 camas de UCI neonatal, 26 consultorios para consulta especializada, 3 consultorios en el servicio de urgencias, 6 salas de quirófano y 2 mesas de parto. La tabla 11 indica la producción que genera la capacidad instalada en el hospital.

Tabla 10. Capacidad Instalada

INDICADOR	2009	2010	2011	ANALISIS
Número total de camas Hospitalarias	157	153	178	Debido al nivel de complejidad de nuestra organización y por tratarse de la única institución de carácter público de IV nivel en el Departamento de Nariño, la demanda de nuestros servicios se ha visto incrementada
Relación de camas por 1000 habitantes	0.097	0,093	0,107	
Días cama disponibles	57.339	55.853	64.988	



INDICADOR	2009	2010	2011	ANALISIS
Egresos potenciales	11.388	12.323	13.578	considerablemente, de ahí parte la necesidad de aumentar la oferta de camas hospitalarias entre el 2009 y 2011 en un 11.7%, este incremento en las camas disponibles se ve reflejado en el mismo sentido en los otros indicadores relacionados con egresos hospitalarios.
Consultas medicas especializadas potenciales	54.605	53.995	51.908	En el año 2,009 se programaron 1731 horas mes y en los años 2010 y 2011 el número de horas programadas bajo a 1642 por mes

Fuente: Sistema de información SIHO

#### 1.10.4 Producción de Servicios.

Tabla 11. Producción de Servicios

INDICADOR	2009	2010	2011
Total de urgencias	6.677	9.703	13.578
Total de pruebas de laboratorio	298.178	298.036	332.733
Índice de uso de laboratorio por consulta	0,81	0,77	0,54
Índice de uso de laboratorio por urgencias	4,1	3,5	3,5
Total de imágenes diagnósticas	34218	39.165	44.980
Índice de uso de imágenes por consulta	0,2	0,2	0,2
Índice de uso de imágenes por urgencias	0,8	0,8	0,8
Total de cirugías	7.919	6.692	7.606
Total de egresos	11.388	12.323	13.578
Total días de estancia de los egresos	60.800	66.165	77.205
Promedio días estancia	5,4	5,4	5,7
Tasa de incidencia de enfermedad hipertensiva	38,7	28,7	26,9

Fuente: Sistema de información SIHO

Se observa un incremento importante en los índices de laboratorio, de serbio de imágenes diagnosticas y de consulta tanto en el área de urgencias como de consulta externa; el servicio de hospitalización muestra una dinámica de mayor eficiencia en el uso de ayudas diagnosticas lo cual se plantea fortalecer con sistemas de información e interrelación de procesos; de otra parte el Hospital seguirá haciendo análisis de los costos de servicios para adoptar estrategias de uso eficiente de los recursos



- **Estadística de Producción en Imagenología.**

Tabla 12. Producción en Imagenología.

SERVICIO	2009	2010	2011	ANÁLISIS
Radiología General E Intervencionista	19.926	21.160	23.509	Entre el 2009 y el 2010 hubo un incremento del 5.8% y entre el 2010 y 2011 un incremento del 9.9%, atención las 24 horas de lunes a domingo.
Ecografías	7.661	9.992	11.197	Entre el 2009 y el 2010 hubo un incremento del 23% y entre el 2010 y 2011 un incremento del 10.7%, se extendió la atención a toma de estudios en medio día.
Tomografía	6.631	7.006	8.467	Entre el 2010 y 2011 un incremento del 17.2%, por adquisición de nueva tecnología.
Resonancia Nuclear Magnética		1.007	1.807	Entre el 2010 y 2011 un incremento del 44%, no es comparable siendo que la atención dio inicio en el mes de abril del 2010
Total	34.218	39.165	44.980	

Fuente: Sistema de información SIHO

Es importante destacar que este servicio presenta un incremento en su demanda ya que se han realizado inversiones en adquisición de nueva tecnología y en el mejoramiento de los procesos y horarios de atención, lo cual pretende incrementar la satisfacción y la comodidad del cliente usuario; el servicio se seguirá monitoreando con el fin de adoptar y tomar decisiones de ampliación de capacidad instalada o de ampliación del alcance a otros servicios y usuarios.

- **Producción en Quirófanos**

El servicio cuenta con seis (6) salas quirúrgicas programada de lunes a viernes por 12 horas, por consiguiente la capacidad de producción potencial es de 5.880 cirugías electivas al año.

En urgencias hay una (1) sala quirúrgica que funciona las 24 horas, lo que equivale a una capacidad de producción potencial de 3.504 cirugías de urgencias anual.





Por otra parte existe una unidad quirúrgica q se utiliza para cirugía de urgencias cuando se presenta simultaneidad.

La capacidad total de producción en quirófanos es de 9.384 cirugías al año.

Se realiza un promedio anual de 8.285 cirugías en el hospital, quedando una capacidad potencial de 1.099 cirugías que corresponde al 11,7%, debido específicamente al Quirófanos de urgencias ya que debe funcionar las 24 horas.

Existe una unidad quirúrgica que se encuentra adecuada en cuanto a infraestructura, pero no tiene el equipamiento necesario para su funcionamiento, ésta se destinara para procedimientos de hemodinámica, se realizaran los estudios necesarios para habilitar el servicio.

Con este escenario actual en quirófanos, se pretende ampliar la contratación de nuevos servicios de alta complejidad como cirugías cardiovasculares y en un futuro cirugía de columna; en este orden de ideas la unidad funcional incrementará su productividad y oportunidad en atención.

Tabla 13. Producción de Servicios Según Aseguramiento

Variable	Pob. Pobre No Aseg.	No POSS	Subsidiado	Contributivo	Otros	Total
Dosis de biológico aplicadas	273	0	1.599	533	32	2.437
Consultas de medicina general urgentes realizadas	762	0	5.122	4.864	3.037	13.785
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	1.925	24.732	6.862	2.241	2.728	38.488
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	1.229	477	6.998	3.171	1.545	13.420
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	31	335	57	28	11	462
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	17	0	346	17	23	403
Partos vaginales	131	0	462	214	15	822



Variable	Pob. Pobre No Aseg.	No POSS	Subsidiado	Contributivo	Otros	Total
Partos por cesárea	167	0	535	258	15	975
Total de egresos	1.569	3.524	4.280	2.767	1.438	13.578
Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	331	0	1.084	511	35	1.961
Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	451	1.576	1.533	1.015	428	5.003
Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	787	1.948	1.663	1.241	975	6.614
Pacientes en Observación	961	3.916	2.361	861	1.327	9.426
Pacientes en Cuidados Intermedios	92	0	379	80	5	556
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	74	0	600	164	94	932
Total de días estancia de los egresos	7.212	23.868	27.076	13.333	5.716	77.205
Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	686	0	1.849	896	60	3.491
Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	2.948	11.051	10.433	4.693	3.145	32.270
Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	3.578	12.817	14.794	7.744	2.511	41.444
Días estancia Cuidados Intermedios.	424	0	1.994	499	11	2.928
Días estancia Cuidados Intensivos	351	0	3.997	920	603	5.871
Total de días cama ocupados	0	0	0	0	0	54.210
Total de días cama disponibles	0	0	0	0	0	64.988
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	959	2.948	1.838	1.140	721	7.606
Cirugías grupos 2-6	443	997	673	638	160	2.911
Cirugías grupos 7-10	383	1.480	768	356	318	3.305
Cirugías grupos 11-13	97	418	268	114	190	1.087
Cirugías grupos 20-23	36	53	129	32	53	303



Variable	Pob. Pobre No Aseg.	No POSS	Subsidiado	Contributivo	Otros	Total
Exámenes de laboratorio	30.796	112.095	117.344	53.078	19.420	332.733
Número de imágenes diagnósticas tomadas	12.173	9.175	12.494	7.936	3.202	44.980
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	11.127	12.018	30.207	5.400	3.260	62.012
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	2.819	883	7.919	1.122	8.000	20.743
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	1.068	593	4.720	448	593	7.422

Fuente: SIHO Sistema de Información Hospitalario 2011.

El Hospital Universitario Departamental de Nariño es el principal centro de referencia y núcleo de atención de la población perteneciente al régimen subsidiado, sin embargo se observa una dinámica positiva manifestada en un incremento de atención en los servicios al régimen contributivo, lo cual evidencia una aceptación importante por parte de las EPS de la región; la producción de servicios al régimen contributivo se acerca al 50% de la producción al régimen subsidiado, q igualmente reafirma una positiva tendencia hacia la atención a ese nicho de mercado .

La unificación del POS se refleja negativamente en el volumen de atención generado en el sector de NO POS y de población vinculada, la cual se pensaría que debería verse reflejada en un incremento de los servicios prestados a la población del régimen subsidiado, lo cual en la práctica no se evidencia por la presencia de procesos de selección adversa y de integración vertical de las EPS.

### 1.10.5 Perfil de Morbilidad - Mortalidad

- Primeras 10 causas de atención de consulta externa

Tabla 14. Primeras 10 Causas de Atención Consulta Externa HUDN

No.	2009		2010		2011	
	DIAGNOSTICO	FREC.	DIAGNOSTICO	FREC.	DIAGNOSTICO	FREC.
1	Epilepsia Y Sx. Epilepticos/diopaticos Generalizados	1.096	Epilepsia	638	Hiperplasia de la próstata	623
2	Hipotiroidismo, No Especificado	946	Otros Trastornos De La Conjuntiva	630	Otros trastornos de la conjuntiva	597





3	Hipertensión Esencial (Primaria)	919	Otro Hipotiroidismo	564	Dorsalgia	506
4	Hiperplasia De La Próstata	886	Otros Síndromes De Cefalea	477	Hipertensión esencial (primaria)	495
5	Cervicalgia	791	Leiomioma Del Útero	418	Epilepsia	436
6	Cefalea Debida A Tensión	691	Hipertensión Esencial (Primaria)	418	Colelitiasis	390
7	Pterigion	643	Hiperplasia De La Próstata	416	Gastritis y duodenitis	359
8	Dermatitis Seborreica, No Especificada	632	Dorsalgia	365	Leiomioma del útero	355
9	Tumor Maligno Del Endocervix	543	Colelitiasis	339	Otros trastornos del sistema urinario	348
10	Infección De Vías Urinarias, Sitio No Especificado	539	Trastornos De La Acomodación Y De La Refracción	322	Otros síndromes de cefalea	343
	TOTAL CONSULTAS			41.459		38488

Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica HUDN.

**Análisis:** Durante 2011 se realizaron en el Hospital un total de 38.488 diagnósticos en consulta externa. Las primeras diez causas de consulta médica especializada explican el 11,57% de la morbilidad atendida durante el año. Los otros signos y síntomas generales especificados aparecen como la primera causa de consulta la Hiperplasia de la próstata con un porcentaje de participación del 1,62%. Le sigue otros trastornos de la conjuntiva con 1,55%. En tercer lugar pasa la Dorsalgia, con el 1,31%. En cuarto lugar se ubica la hipertensión esencial (primaria) con un 1,29%, y en quinto lugar se ubica la Epilepsia con el 1,13%.

Con relación al año 2010 se disminuyó la atención en consulta externa en un 7,2% por falta de especialistas en el departamento, lo que contribuye a una disminución en los ingresos, a pesar de que el hospital cuenta con una capacidad instalada de 26 consultorios para la atención especializada. Es necesario que se garantice la prestación de este servicio por parte del hospital.



- Primeras 10 causas de morbilidad hospitalaria.

Tabla 15. Primeras Causas de Morbilidad en Egreso Hospitalario

PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD EN EGRESO HOSPITALARIO 2011	FRECUENCIA	% PARTICIPACION
Traumatismo intracraneal	663	4,9
Parto único espontáneo	647	4,8
Colelitiasis	476	3,5
Falso trabajo de parto	300	2,2
Trabajo de parto obstruido debido a anormalidad de la pelvis materna	297	2,2
Apéndices aguda	290	2,1
Aborto espontaneo	284	2,1
Parto prematuro	184	1,4
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	180	1,3
Traumatismo de otros órganos intratorácicos y de los no especificados	173	1,3
PRIMERAS CAUSAS	3.494	25,7
OTRAS CAUSA	10.084	74,3
TOTAL	13.578	100

Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica HUDN

**Análisis:** Durante 2011 se presentaron un total de 13.578 diagnósticos del servicio de hospitalización de los cuales el 14,4% corresponden a egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos), el 36,8% a quirúrgicos y el 48,7% a no quirúrgicos.

La principal causa de atención en el servicio de hospitalización la constituye el grupo de pacientes afectado por traumatismo intracraneal con una participación porcentual del 4,9, el segundo lugar lo ocupa la atención por parto en condiciones normales con el 4,8 de participación porcentual y el tercer puesto la patología de colestiasis con el 3,5 de participación porcentual. La sumatoria de las diez primeras causas de atención en los servicios de hospitalización tiene un peso porcentual del 25,7 frente al total de egresos de nuestra institución. Los egresos hospitalarios con relación al año 2010 aumentaron en un 9,2% demanda que se pudo cubrir gracias a la apertura de la torre complementaria de servicios.



- Morbilidad en el servicio de urgencias

Tabla 16. Principales causas de Morbilidad en Consulta de Urgencias HUDN 2011

PRINCIPALES CAUSAS MORBILIDAD URGENCIAS 2011	FRECUENCIA	% PARTICIPACION
Trabajo de Parto	1205	4,4
Traumatismo intracraneal	539	2,0
Amenaza de parto prematuro	460	1,7
Dolor abdominal y pélvico	455	1,7
Colelitiasis	452	1,7
Apéndice aguda	262	1,0
Otras enfermedades del sistema digestivo	246	0,9
Aborto espontáneo	221	0,8
Dolor de garganta y pecho	173	0,6
Otros traumatismos que afectan múltiple regiones del cuerpo	170	0,6
PRIMERAS CAUSAS	4.183	15
OTRAS CAUSA	23.022	85
TOTAL	27.205	100

Fuente: Gestión de la Información: Base de Datos de Atención de Pacientes 2011

**Análisis:** Durante 2011 se presentaron 27.205 diagnósticos en los servicios de urgencias, se observa como primera causa de consulta de atención los eventos obstétricos con 1.886 consultas que representa un 6,9% de participación así: por trabajo de parto un 4.4%, amenaza de parto pretermo con el 1,7% y en 8 lugar el aborto espontáneo con 0.8%. En segundo lugar está la población atendida por traumatismo intracraneal con el 2% de participación y el tercer puesto lo ocupa las consultas por dolores abdominales como la colelitiasis, apendicitis y otras enfermedades del sistema digestivo.

El servicio de urgencias para el año 2011 obtuvo un aumento significativo con relación al año 2010 en un 18,2%, convirtiéndose en el servicio más crítico en la prestación de servicios de salud del hospital para lo cual debe requerirse una intervención a corto plazo para garantizar la atención en el servicio.



- Primeras causas de Mortalidad Hospitalaria

Tabla 17. Primeras Causas Mortalidad HUDN

No.	2010		2011	
	DIAGNOSTICO	FREC.	DIAGNOSTICO	FREC.
1	Traumatismo Intracraneal	38	Traumatismo Intracraneal	51
2	Tumor Maligno Estomago	31	Hemorragia Intracefalica	33
3	Neumonía	31	Neumonía	25
4	Hemorragia Intracefalica	29	Otras Enfermedades Obstructivas Crónicas	22
5	Otras Enfermedades Obstructivas Crónicas	29	Íleo Paralítico Y Obstrucción Intestinal	19
6	Otras Enfermedades Cerebrales	20	Insuficiencia Cardiaca	16
7	Hemorragia Subaragnoidea	15	Otras Enfermedades Cerebrales	16
8	Íleo Paralítico Y Obstrucción Intestinal	20	Tumor Maligno Estomago	16
9	Colelitiasis	11	Infarto Agudo Del Miocardio	13
10	Duración Corta De Gestación	11	Colelitiasis	13
	TOTAL	623	TOTAL	789

Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica HUDN.

**Análisis:** Durante el año 2011 de acuerdo a la estadística por diagnóstico de egreso se registraron 789 causas de defunciones, en los servicios de urgencias y hospitalización, la primera causa registrada es el traumatismo intracraneal con un 6,5%, seguido de hemorragia intracefalica con 4,2% y la neumonía en tercer lugar con 3,2%, el resto de las siete primeras causa de defunción, corresponden a 14.6% del total de causa de muerte en el HUDN.

Según el informe de medicina legal en el año 2011 en Colombia se presentaron 23.742 muertes violentas, el 60% por homicidios, 21% por accidentes de tránsito y el 12% por otro tipo de accidentes.

En un estudio publicado en este año por la fundación Santafé y la fundación Corona sobre mortalidad en Colombia con datos de 2005 y 2006 la enfermedad isquémica coronaria ocupa el primer lugar en los dos años con el 57% y 61% respectivamente, en segundo lugar los homicidios con el 41% en los dos años, tercer lugar las enfermedades cerebro vasculares con el 30 y 32,9% respectivamente, 4 lugar las enfermedades crónicas respiratorias con el 22% y en 5 lugar la diabetes con el 15 y 16.5%.

En la organización se encuentra que las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y las cerebrales están dentro de las primeras causas semejándose con





los datos nacionales. Es preocupante como la neumonía como causa de muerte ocupa el tercer lugar en los dos años 2010 y 2011, puede estar relacionado con un diagnóstico tardío e inicio oportuno de tratamiento, ya que el manejo antibiótico se debe dar dentro de la primera hora de diagnosticada de acuerdo al perfil epidemiológico de la región con el cual no cuenta la región. También hay que resaltar las muertes por íleo paralítico y obstrucción intestinal dentro de las primeras causa en los dos periodos es un tema para estudiarlo con la revisión de los casos para poder identificar las posibles causas.

### 1.11 Portafolio de Servicios

El Hospital Universitario Departamental de Nariño tiene habilitado 74 servicios para la atención de mediana y alta complejidad que cumplen las condiciones para la prestación de servicios de salud según la resolución 1043 de 2006, de los cuales 29 tienen distintivos, los demás están pendientes por ser adjudicados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño; se cuenta con un servicio de urgencias que funciona las 24 horas con 3 consultorios médicos y 68 camas de observación, 20 camas de UCI adultos, 8 camas de UCI neonatal, 26 consultorios para consulta especializada, 2 mesas de parto y 6 salas de quirófano.

Tabla 18. Servicios Habilitados HUDN 2011

Nº	CODIGO	Servicio	DISTINTIVO
1	5200101102	General Adultos	186344
2	5200101102	General Pediátrica	185835
3	5200101102	Cuidado Intermedio Neonatal	
4	5200101102	Cuidado Intensivo Neonatal	185780
5	5200101102	Cuidado Intensivo Adultos	185776
6	5200101102	Obstetricia	186135
7	5200101102	Cirugía General	185518
8	5200101102	Cirugía Ginecológica	
9	5200101102	Cirugía Maxilofacial	
10	5200101102	Cirugía Neurológica	
11	5200101102	Cirugía Ortopédica	
12	5200101102	Cirugía Oftalmológica	
13	5200101102	Cirugía Otorrinolaringológica	
14	5200101102	Cirugía Oral	
15	5200101102	Cirugía Pediátrica	
16	5200101102	Cirugía Plástica Y Estética	185763
17	5200101102	Cirugía Urológica	



Nº	CODIGO	Servicio	DISTINTIVO
18	5200101102	Otras Cirugías	
19	5200101102	Cirugía De La Mano	
20	5200101102	Cirugía De Mama Y Tumores Tejidos Blandos	
21	5200101102	Cirugía Dermatológica	
22	5200101102	Cirugía De Tórax	
23	5200101102	Cirugía Gastrointestinal	
24	5200101102	Anestesia	
25	5200101102	Cardiología	185755
26	5200101102	Dermatología	185783
27	5200101102	Enfermería	
28	5200101102	Fisioterapia	185417
29	5200101102	Fonoaudiología Y/O Terapia De Lenguaje	186047
30	5200101102	Gastroenterología	185821
31	5200101102	Gene obstetricia	186072
32	5200101102	Hematología	185861
33	5200101102	Medicina Física Y Rehabilitación	185884
34	5200101102	Medicina General	184122
35	5200101102	Medicina Interna	185892
36	5200101102	Nefrología	
37	5200101102	Neurología	
38	5200101102	Nutrición Y Dieta	186017
39	5200101102	Oftalmología	
40	5200101102	Oncología Clínica	
41	5200101102	Ortopedia Y/O Traumatología	186202
42	5200101102	Otorrinolaringología	185932
43	5200101102	Patología	185953
44	5200101102	Pediatría	186228
45	5200101102	Terapia Ocupacional	
46	5200101102	Terapia Respiratoria	185712
47	5200101102	Urología	
48	5200101102	Cirugía Ginecológica Laparoscópica	
49	5200101102	Cirugía Oncológica	
50	5200101102	Hematología Y Oncología Clínica	
51	5200101102	Neonatología	
52	5200101102	Neurocirugía	
53	5200101102	Servicio De Urgencias	186268
54	5200101102	Transporte Asistencia Básico	
55	5200101102	Transporte Asistencial Medicalizado	
56	5200101102	Endoscopia Digestiva	
57	5200101102	Laboratorio Clínico	185203



Nº	CODIGO	Servicio	DISTINTIVO
58	5200101102	Radiología E Imágenes Diagnosticas	185155
59	5200101102	Radioterapia	185977
60	5200101102	Transfusión Sanguínea	
61	5200101102	Servicio Farmacéutico	185568
62	5200101102	Laboratorio de Patología	185953
63	5200101102	Ultrasonido	
64	5200101102	Lactario-Alimentación	
65	5200101102	Esterilización	
66	5200101102	Urología Procedimiento	
67	5200101102	Electro Diagnóstico	
68	5200101102	Neumología Laboratorio Función Pulmonar	
69	5200101102	Eco Cardiografía	
70	5200101102	Sala De Yeso	
71	5200101102	Sala De Reanimación	
72	5200101102	Sala General De Procedimientos Menores	
73	5200101102	Vacunación	186015
74	5200101102	Planificación Familiar	

Fuente: Subdirección de calidad y Aseguramiento IDSN 2012

## 1.12 Indicadores de Calidad

- Satisfacción del usuario

Tabla 19. Satisfacción del usuario.

AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
88%	89%	92%

Fuente: Coordinación Atención al Usuario HUDN

La información referente a satisfacción del usuario se presenta de forma global que muestra una tendencia positiva en los últimos tres años en un 4%, que garantizan el cumplimiento de la meta programada del 90% para el año 2011, sin embargo no se presenta información específica relacionada con indicadores de satisfacción sobre el grado de recomendación del hospital, trato y amabilidad de los profesionales médicos y profesionales de enfermería, información recibida sobre la enfermedad, información recibida sobre el tratamiento médico, entre otros que permitirían tener un diagnóstico más preciso sobre los factores críticos de insatisfacción del usuario generando oportunidades en la mejora continua y sobretodo en el cumplimiento a uno de los pilares de acreditación que es la humanización.



- Quejas y reclamos

Tabla 20. Quejas y Reclamos.

AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
TOTAL QUEJAS 467	TOTAL QUEJAS 304	TOTAL QUEJAS 293

Fuente: Coordinación Atención al Usuario HUDN

La atención a quejas y reclamos del hospital se realiza a través de mecanismos directos cuando se hace personalmente en la oficina de atención al usuario y de manera indirecta a través de los buzones de sugerencias, los cuales se encuentran ubicados en todos los servicios, para el cual el comportamiento se ve disminuido en la presencia de quejas con línea de base 2009 de 467 hay una disminución del 35% para el año 2010 y del 37% para el año 2011, lo que indica que hay aumento en la satisfacción en la prestación de los servicios del hospital.

Desde la oficina de atención al usuario se ha garantizado que toda queja instaurada tenga una respuesta, manejando el siguiente indicador: No. De quejas respondidas/No. De quejas instauradas x 100, presentando el siguiente comportamiento.

Tabla 2. Quejas Atendidas

INDICADOR	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
No. De quejas respondidas/No. de quejas totales instauradas x 100	96%	100%	98%

Fuente: Coordinación Atención al Usuario HUDN

Las quejas respondidas en el año 2011 disminuyeron en un 2% con relación al 2010 debido a fallas en el sistema de información al enviar respuestas por medio electrónico (correo electrónico) que no fueron recibidas por el usuario.

Las causas más frecuentes por las cuales los usuarios presentan sus quejas, se define en la falta de oportunidad en la atención (falta de citas con especialistas, disponibilidad de camas en hospitalización, camas en urgencias, falta de camas UCI), ante lo cual el hospital ha mejorado su capacidad resolutoria con la puesta en marcha de la unidad complementaria de servicios.

La segunda causa es la falta de trato humanizado por parte del personal administrativo y asistencial de nuestra organización, ante lo cual la alta gerencia se ha preocupado por la sensibilización del talento humano con la implementación de la estrategia "DE CORAZON A CORAZON TUS PALABRAS TAMBIEN





SANAN” que continuamente a través de diversas estrategias se fortalece para mejoramiento continuo por parte del personal que labora en el hospital.

### 1.13 Indicadores de Seguridad Clínica

- 10 primeras causas de eventos adversos 2011

Tabla 22. Primeras Causas Eventos Adversos HUDN 2009, 2010 y 2011

EVENTOS ADVERSOS	2011	PORCENTAJE
Infecciones Intrahospitalarios	181	22,7%
Eventos detectados en Farmacovigilancia	116	14,5%
Eventos detectados Tecnovigilancia	69	8,6%
Caída de Pacientes	55	6,9%
Cancelación de Cirugías	45	5,6%
Retiro de Dispositivo Medico	45	5,6%
Inoportunidad en Procedimiento	38	4,8%
Escaras	38	4,8%
Eventos detectados en fallas del Proceso de Atención Interrelación de Procesos	36	4,5%
Inoportunidad en Valoración	30	3,8%
EVENTOS ADVERSOS	2010	PORCENTAJE
Eventos detectados en Farmacovigilancia	154	31%
Infecciones asociadas al cuidado de la salud	149	30%
Cancelación de cirugías	49	10%
Caída de pacientes	37	7%
Escaras	25	5%
Reingreso por la misma causa	22	4%
Eventos detectados Tecnovigilancia	11	2%
Flebitis	10	2%
Complicación por procedimientos	8	2%
Falla proceso de atención interrelación de procesos	8	2%
EVENTOS ADVERSOS	2009	PORCENTAJE
Infecciones asociadas al cuidado de la salud	165	30%
Complicación por procedimientos	75	14%
Cancelación de cirugías	57	10%
Eventos detectados en Farmacovigilancia	38	7%



EVENTOS ADVERSOS	2011	PORCENTAJE
Inoportunidad en valoración	38	7%
Eventos detectados Tecnovigilancia	33	6%
Complicación de pacientes	28	5%
Caída de pacientes	26	5%
Falla en toma de muestras	20	4%
Aplicación inadecuada de medicamentos	13	2%

Fuente: Coordinación Auditoría Médica HUDN

Durante el año 2009 la principal causa de eventos adversos es infecciones asociadas al cuidado de la salud con el 30% siendo la primera causa la neumonía nosocomial, al compararnos con instituciones acreditadas tomando como fuente el observatorio de calidad podemos mirar como esta causa es similar en instituciones como el Hospital General de Medellín, la segunda causa es la complicación por procedimientos con el 14% siendo la principal complicación el neumotórax secundario al paso del catéter subclavio, la tercera causa de eventos adversos durante el año 2009 es la cancelación de cirugías siendo la primera causa la no disponibilidad de cama en UCI.

En el 2010 la primera causa de eventos adversos son las complicaciones asociadas al uso de medicamentos con el 31% siendo el principal medicamento involucrado la dipirona la diferencia en el reporte con respecto al año 2009 es que comienza a realizarse búsqueda activa de este tipo de eventos, en segundo lugar encontramos las infecciones asociadas al cuidado de la salud con el 30% siendo la principal causa la neumonía nosocomial y en tercer lugar la cancelación de cirugía con el 10%.

Ahora en el año 2011 la primera causa de eventos adversos es infecciones intrahospitalarias con el 22,7% siendo la principal causa la neumonía nosocomial con un total de 181 casos si comparamos con los años 2010 y 2009 observamos como se ha aumentado el reporte de casos gracias a las diferentes capacitaciones sobre seguridad del paciente y la implementación en el año 2009 del sistema de seguridad integral hospitalaria que ha fortalecido la búsqueda activa por parte del área de vigilancia epidemiológica, la segunda causa son complicaciones asociadas a medicamentos con el 14,5% gracias a planes de mejora y barreras de seguridad como la implementación de los 10 correctos en la administración de medicamentos, marcación de medicamentos de alto riesgo implementados durante el año 2010 observamos una disminución de casos de 154 en el 2010 a 116 en el 2011, observamos además en tercer lugar a eventos detectados en



Tecnovigilancia, es decir eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos con el 14,5%.

### 1.14 Adherencia a Guías y Protocolos

Tabla 23. Adherencia a Guías y Protocolos

INDICADOR	2009	2010	2011
Adherencia a guías de manejo	86,8	93,5	93,7

Fuente: Coordinación Auditoría Médica HUDN

El indicador de adherencia a guías de manejo se mide a través de la auditoría de Historias clínicas mediante la comparación de la guía con el plan de tratamiento implementado, gracias al seguimiento y retroalimentación de resultados a las diferentes coordinaciones asistenciales así como el seguimiento al registro de historia clínica observamos tendencia positiva de este indicador.

Tabla 24. Eventos Adversos en Cirugía

INDICADOR	2009	2010	2011
Porcentaje de Eventos Adversos en Cirugía	S/D	0,13	0,07

Fuente: Coordinación Auditoría Médica HUDN

Durante el año 2010 se presentaron 8 eventos adversos en cirugía por causa de pacientes con exposición a anestesia sin realización de procedimiento quirúrgico, durante el año 2010 disminuyeron a 4 casos gracias a las barreras de seguridad implementadas como son principalmente las listas de chequeo en los 3 momentos quirúrgicos: al ingreso del paciente a quirófano, antes del inicio del procedimiento y en el transoperatorio. Se presentó además 1 caso de quemadura leve de paciente con electro bisturí razón por la cual se implementa un protocolo para el correcto manejo de este equipo durante la cirugía.



- Oportunidad en la asignación de citas en consulta especializada

Tabla 25. Oportunidad en la Asignación de Citas en Consulta Especializada

INDICADOR		2009	2010	2011
Oportunidad En La Asignación De Citas En Consulta Especializada	Medicina Interna	17	12	13
	Ginecología	17	9	12
	Pediatría	9,5	7	16
	Cirugía General	17	15	16

Fuente: Sistema de Información SIHO

**Nota:** La unidad de medida de la oportunidad está dada en días (desde el día en que es solicitada la cita hasta el día en que se asigna la cita)

**Análisis:** La oportunidad en la atención en la asignación de consulta especializada disminuyó en el número de días con relación a línea de base año 2009; en medicina interna en un 23% pasó de 16 días en la asignación de la cita a 12 días, en ginecología en un 21% pasó de 15 días en la asignación de la cita a 11 días, en cirugía general en un 8% pasó de 17 días a 16 días. Se vio un incremento en el número de días de asignación de cita especializada en la atención a pediatría en un 18% de 9 días a 11 días debido a la poca oferta de este tipo de especialistas en el departamento.

Tabla 26. Oportunidad en la Atención en la Consulta de Urgencias

INDICADOR	2009	2010	2011
Oportunidad en la Atención en la Consulta de Urgencias	12.4	21	43
Oportunidad en la Atención de Triage	12	14	10

Fuente: Sistema de información SIHO

**Nota:** unidad de medida en minutos

**Análisis:** La oportunidad en urgencias en el año 2009 fue de 11 minutos; en el año 2010 aumenta a 14 minutos y en el año 2011 muestra una tendencia negativa debido a que la medición se realiza en el sistema de información de dinámica gerencial lo cual ha sesgado la medición ya que el médico muchas veces deja abierto el ingreso en el sistema del consultorio médico, acción que altera la medición.



La oportunidad en la atención de triage muestra tendencia positiva gracias a los planes de mejoramiento implementados en el servicio de urgencias. En el año 2009 fue de 12 minutos y en el año 2011 disminuyó a 10 minutos.

Tabla 27. Tasa de letalidad

INDICADOR	2009	2010	2011
Tasa de letalidad en urgencias (diez Primeras causa de muerte)	98,6	89,9	99,9
Tasa de letalidad en hospitalización(Primera Causa)	69,5	79,9	92,6
Tasa de letalidad en hospitalización(Con diez primeras causas de mortalidad)	80,4	95,6	97,5

Fuente: Coordinación Auditoría Médica HUDN

El indicador de tasa de letalidad nos muestra cuántos pacientes fallecen por determinada enfermedad, en el Hospital Universitario Departamental de Nariño encontramos que mes a mes se identifican las 10 primeras causas de mortalidad, siendo la primera causa en el año 2011 el trauma craneoencefálico seguido por parto eutócico vaginal, el indicador que muestra la tabla lo hemos obtenido de dividir el número de defunciones por las 10 primeras causas de morbilidad entre el total de pacientes que ingresaron con las 10 primeras causas de morbilidad multiplicado por 1000 habitantes por lo tanto en el 2009 en el servicio de urgencias hubieron 98.6 pacientes que fallecieron por las primeras 10 causas de morbilidad de la organización, en el año 2010 89,9 por cada 1000 y en el año 2011 99,9 pacientes por cada 1000, lo cual refleja que la tasa de letalidad en urgencias se mantiene casi sin variaciones entre el año 2009 y 2011 quizá por debe haber mayor control a causas externas a la institución como son los accidentes de tránsito..

## 1.15 Análisis de demanda no atendida

### 1.15.1 Años 2009 y 2010 por Call Center

Tabla 28. Datos de Call Center

CALL CANTER	NÚMERO
Total Llamadas	136.855
Total Citas	89.127
Demanda Insatisfecha	1.989

Fuente: Coordinación Información HUDN



De los datos obtenidos del call center para consulta externa, existe un total de 136.855 llamadas y una oferta de 89.127 citas de consulta médico especializada, para un total de 47.728 citas no atendidas, es decir, en promedio 1,989 usuarios por mes, que durante los años 2009 y 2010, no lograron obtener una información sobre su cita médica.

### 1.15.2 Demanda no atendida en cirugía

Tabla 29. Pacientes quirúrgicos en lista de espera.

INDICADOR	2009	2010	2011
Pacientes quirúrgicos en lista de espera.	25	16	16

Fuente: Coordinación Quirófanos HUDN

**Análisis:** La demanda no atendida en cirugía corresponde al número de pacientes quirúrgicos en lista de espera, en el año 2009 de un total de 25 pacientes se debió a que no existió disponibilidad de médicos anesestesiólogos, para el año 2010 y 2011 disminuye el número de pacientes en lista de espera a 16 para cada año debido a razones administrativas en cuanto a la disponibilidad de especialistas, congestión en agendas de los médicos especialistas y a la no disponibilidad y garantía en el material médico quirúrgico por parte de las EPS principalmente.

Tabla 30. Proporción de cancelación de cirugía programada.

INDICADOR	2009	2010	2011
Proporción de cancelación de cirugía programada	9,1	7,7	7,6

Fuente: Coordinación Quirófano HUDN

### 1.16 Situación Financiera

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos en el aspecto financiero durante los últimos tres años:



Tabla 31. Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental

RUBRO	2009	2010	2011	META	% CUMPL.
VENTAS	46.687.570	53.415.124	63.426.998	62.392.359	101,66
TRANSFER	0	0	500.000	0	-
COSTO	31.686.616	35.391.857	42.314.022	43.993.361	96,18
GASTOS ADM.	6.124.105	7.040.624	7.438.957	6.813.986	109,17
PROVISIONES	1.660.952	2.094.610	2.776.834	2.961.054	93,78
GASTO SOCIAL	9.212.732	5.282.850	2.592.176	5.494.176	47,18
UTILIDAD OPER.	-1.996.835	3.605.183	8.805.009	3.129.782	281,33

RUBRO \ AÑOS	INCREMENTOS	INCREMENTOS	PROMEDIO
	2009/2010	2010/2011	
VENTAS	14,41	18,74	16,58
COSTO	11,69	19,56	15,63
GASTOS ADMON.	14,97	5,66	10,31
PROV. DEP.AMORT.	26,11	32,57	29,34
GASTO SOCIAL	-42,66	-50,93	-46,79
UTILIDAD OPER.	100,00	144,23	122,12

Fuente: Dinámica Gerencial – Modulo Presupuesto y contabilidad HUDN

NOTA: Todos los valores son presentados en miles de pesos

Durante los últimos 3 años, las ventas han aumentado en promedio el 17%, dándose un mayor incremento en el periodo 2010-2011 (19%) afectado por el incremento en tarifa que para el 2011 fue del 4% y por la puesta en marcha de la Unidad Complementara a partir del mes de Agosto de 2011. Se supero la meta proyectada en un 2%.

La venta de servicios de salud corresponde al 91% del total de ingresos de la institución y los centros de costo que generan mayores ingresos son Hospitalización, Imagenología, Quirófanos, Urgencias y Farmacia. En el cuadro siguiente se muestra los porcentajes de participación de cada centro de costos.

Tabla 32. Estado de resultados

RUBRO	2009	2010	2011	META	% CUMPL.
OTROS ING.	4.196.434	13.435.798	6.088.753	332.184	1.832,95
OTROS GAST.	2.136.759	1.883.967	6.645.602	95.320	6.971,89
UTILIDAD NETA	62.840	15.157.014	8.248.160	3.366.646	245,00

Fuente: Dinámica Gerencial – Modulo Presupuesto y contabilidad HUDN





Tabla 33. Relación Ingresos y gastos

RUBRO \ AÑOS	INCREMENTOS	INCREMENTOS	PROMEDIO
	2009/2010	2010/2011	
OTROS INGRESOS	220,17	-54,68	82,74
OTROS GASTOS	-11,83	252,75	120,46
UTILIDAD	24020,01	-45,58	11987,21

Fuente: Dinámica Gerencial – Modulo Presupuesto y contabilidad HUDN

Tabla 34. Ingresos por Servicios de Salud a 31 de Diciembre de 2011

CUENTA	NOMBRE	SALDO	%
431227	Hospitalización - Estancia General	16.182.652	24,80
431228	Hospitalización - Cuidados Intensivo	10.666.563	16,35
431247	Apoyo Diagnostico - Imagenologia	699.041	10,27
431236	Quirófanos Y Salas De Parto - Quirófanos	365.208	9,75
431209	Urgencias - Observación	6.031.544	9,24
431208	Urgencias - Consulta Y Procedimientos	.511.342	5,38
431262	Apoyo Terapéutico - Farmacia E Insumos Hospitalarios	3.468.477	5,32
431246	Apoyo Diagnostico - Laboratorio Clínico	2.884.698	4,42
431230	Hospitalización - Recién Nacidos	2.676.457	4,10
431258	Apoyo Terapéutico - Banco De Sangre	1.449.542	2,22
431256	Apoyo Terapéutico - Rehabilitación Y Terapias	.433.789	2,20
431218	Servicios Ambulatorios - Consulta Especializada	1.091.484	1,67
431217	Servicios Ambulatorios - Consulta Externa Y Procedimientos	968.218	1,48
431261	Apoyo Terapéutico - Terapias Oncológicas	912.143	1,40
431295	Servicios Conexos A La Salud - Otros Servicios	37.924	0,52
431237	Quirófanos Y Salas De Parto - Salas De Parto	84.496	0,44
431248	Apoyo Diagnostico - Anatomía Patológica	274.298	0,42
431294	Servicios Conexos A La Salud - Servicios De Ambulancias	19.307	0,03
	<b>Subtotal</b>	<b>65.257.183</b>	100,00
439512	Devoluciones, Rebajas Y Descuentos	1.830.185	
	<b>Total</b>	<b>63.426.998</b>	

Fuente: Dinámica Gerencial – Facturación HUDN

Los ingresos del año 2011 se ven disminuidos en un 3% por los descuentos realizados a nuestros clientes de acuerdo a lo estipulados en los contratos, realizando el mayor descuento al Instituto Departamental de Salud de Nariño que fue de \$1.485 millones, correspondiente al 81% del total de descuentos.



Los Costos y gastos de Administración durante estos mismos periodos han incrementado en promedio el 13%, explicado por las siguientes razones:

- Puesta en marcha de la Unidad Complementaria de Servicios
- Incremento en el costo de medicamentos y dispositivos médicos
- Incremento en gastos de personal de contrato
- Pago de sentencias por demandas

Revisado el comportamiento de Costos y gastos del año 2011 con respecto a la meta propuesta, no cumplimos con la meta de gastos de administración por el incremento en contratación de personal especializado y por incremento de la demanda de los servicios de salud como consecuencia de la puesta en funcionamiento de la Unidad Complementaria de Servicio.

La tabla 35 muestra los costos incurridos durante el año 2011, discriminado por centros de costo.

Tabla 35. Costos a 31 de Diciembre de 2011 (En Miles De Pesos)

CUENTA	NOMBRE	SALDO	%
631025	Hospitalización - Estancia General	9.797.520	23,15
631026	Hospitalización - Cuidados Intensivos	5.963.062	14,09
631035	Quirófanos Y Salas De Parto - Quirófanos	4.924.387	11,64
631002	Urgencias - Observación	4.053.929	9,58
631056	Apoyo Terapéutico - Farmacia E Insumos Hospitalarios	2.636.418	6,23
631001	Urgencias - Consulta Y Procedimientos	2.446.187	5,78
631041	Apoyo Diagnostico - Imagenologia	2.373.602	5,61
631028	Hospitalización - Recién Nacidos	1.615.603	3,82
631016	Servicios Ambulatorios - Consulta Especializada	1.589.568	3,76
631040	Apoyo Diagnostico - Laboratorio Clínico	1.569.597	3,71
631036	Quirófanos Y Salas De Parto - Salas De Parto	1.300.036	3,07
631050	Apoyo Terapéutico - Rehabilitación Y Terapias	995.011	2,35
631055	Apoyo Terapéutico - Terapias Oncológicas	811.026	1,92
631052	Apoyo Terapéutico - Banco De Sangre	768.762	1,82
631067	Servicios Conexos A La Salud - Otros Servicios	493.913	1,17
631015	Servicios Ambulatorios - Consulta Externa Y Procedimientos	429.850	1,02
631042	Apoyo Diagnostico - Anatomía Patológica	318.820	0,75



CUENTA	NOMBRE	SALDO	%
631066	Servicios Conexos A La Salud - Servicios De Ambulancias	226.733	0,54
<b>TOTAL</b>		42.314.022	100,00

Fuente: Dinámica Gerencial – Costos Hospitalarios HUDN

Para el año 2011 los ingresos no operacionales afectaron la utilidad neta en \$6.089 millones correspondientes principalmente a recuperación de excedentes por prestación de servicios de salud en atención a vinculados durante los años 2006 según resolución 5510 de 2010 y los años 2009 y 2010 según resoluciones 2675 y 036 de 2011 del Ministerio de la Protección Social (\$3.324 millones), por efectos de depuración contable (\$1.858 millones) y por convenios docente asistencial (\$352 millones). En este rubro también se registran \$151 millones correspondientes a recuperación de provisiones realizados en aplicación de normas técnico contable.

Los gastos no operacionales afectaron la utilidad neta en \$6.646 millones generados principalmente por Glosas de la vigencia (\$1.547 millones), Glosas de vigencia anterior (\$1.196 millones), Sentencias y conciliaciones (\$1.248 millones) y efectos de depuración contable de deudores (\$1.594 millones).

Lo anterior lo presentamos de manera resumida con los siguientes indicadores de rentabilidad:

Tabla 36. Margen de utilidad

INDICADOR	2009	2010	2011	A.C.H.C.		
				PUBLICAS	PRIVADAS	BYINGTON
MARGEN BRUTO	32,13	33,74	34,08			38
MARGEN OPERACIONAL	-4,28	6,75	13,88	0	1	1
MARGEN NETO	0,13	28,38	13,00	-2	5	2

Fuente: Dinámica Gerencial HUDN

- 

### Balance General

Tabla 37. Activo corriente y no corriente

RUBRO	2009	2010	2011	%
<b>ACTIVO</b>	<b>85.609.099</b>	<b>102.042.862</b>	<b>110.726.108</b>	<b>100,00</b>
ACTIVO CORRIENTE	38.857.564	43.909.848	46.971.119	42,42
ACTIVO NO CORRIENTE	46.751.535	58.133.014	63.754.989	57,58

Fuente: Dinámica Gerencial HUDN



Tabla 38. Comparativo activo corriente y no corriente.

RUBRO	INCREMENTOS	INCREMENTOS	PROMEDIO
	2009/2010	2010/2011	
<b>ACTIVO</b>	19,20	8,51	13,85
ACTIVO CORRIENTE	13,00	6,97	9,99
ACTIVO NO CORRIENTE	24,34	9,67	17,01

Fuente: Dinámica Gerencial HUDN

De acuerdo al comportamiento histórico de la entidad, durante los últimos tres años el activo corriente se ha incrementado en mayor proporción como resultado de las inversiones realizadas que se ven reflejadas en el rubro de Propiedad Planta y Equipo.

En el año 2011 la propiedad planta y equipo se incremento en un 130%, por efecto de las inversiones realizadas principalmente en infraestructura y compra de equipos. En el siguiente cuadro se puede observar el incremento por rubros contables:

Tabla 39. Propiedad Planta y equipo.

PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO (EN MILES DE PESOS)			
NOMBRE	AÑO 2010	AÑO 2011	% INCREMENTO
BIENES MUEBLES EN BODEGA	174.861	2.364.748	1.252,36
MUEBLES, ENSERES Y EQUIPOS DE OFICINA	1.153.614	2.919.779	153,10
EQUIPOS DE COMUNICACION Y COMP.	925.624	2.012.825	117,46
EQUIPOS DE COMEDOR, COCINA, DESP. Y HOTEL.	498.363	1.073.904	115,49
DEPRECIACION ACUMULADA (CR)	-10.399.674	-12.679.786	21,92
CONSTRUCCIONES EN CURSO	24.155.342	28.366.456	17,43
PROVISIONES PROT. PROP. PLANTA Y EQUIPO	-1.075.394	-1.175.503	9,31
EDIFICACIONES	12.902.269	12.935.416	0,26
TERRENOS	9.962.423	9.962.423	0,00
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	15.414.788	15.372.051	-0,28
MAQUINARIA Y EQUIPO	486.885	420.103	-13,72
EQUIPOS DE TRANSP. TRACCION Y ELEVACION	597.445	504.251	-15,60
<b>TOTALES</b>	54.796.545	62.076.668	13,29

Fuente: Dinámica Gerencial HUDN

Para el año 2011 las inversiones más representativas se discriminan a continuación:



Tabla 40. Inversiones

### INVERSIONES 2011

CONCEPTO	VALOR
UNIDAD COMPLEMENTARIA	2.921.587.992,89
EQUIPO DE QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO	1.576.172.739,00
MUEBLES Y ENSERES	1.326.881.361,27
EQUIPO MEDICO QUIRURGICO	881.658.820,34
EQUIPO DE COMPUTACION Y COMUNICACIÓN	723.367.546,00
INSTRUMENTAL Y ACCESORIOSM. QUIRURGICOS	371.166.109,00
EQUIPO DE HOSPITALIZACION	315.248.510,00
SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO	63.920.086,00
INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS IMAGENOLOGIA	47.133.120,00
EQUIPO MEDICO CIENTIFICO	27.674.112,00
<b>TOTAL</b>	<b>8.254.810.396,50</b>

Fuente: Dinámica Gerencial HUDN

Tabla 41. Pasivos y Patrimonio

RUBRO	2009	2010	2011	%
<b>PASIVO</b>	<b>16.841.766</b>	<b>18.118.514</b>	<b>18.520.453</b>	<b>16,73</b>
PASIVO CORRIENTE	11.000.095	13.452.679	15.265.532	<b>13,79</b>
PASIVO NO CORRIENTE	5.841.671	4.665.835	3.254.921	<b>2,94</b>
<b>PATRIMONIO</b>	<b>68.767.333</b>	<b>83.924.348</b>	<b>92.205.655</b>	<b>83,27</b>

Fuente: Dinámica Gerencial HUDN

Tabla 42. Pasivo Corriente y No corriente

RUBRO	INCREMENTOS	INCREMENTOS	PROMEDIO
	2009/2010	2010/2011	
<b>PASIVO</b>	<b>7,58</b>	<b>2,22</b>	<b>4,90</b>
PASIVO CORRIENTE	<b>22,30</b>	<b>13,48</b>	<b>17,89</b>
PASIVO NO CORRIENTE	<b>-20,13</b>	<b>-30,24</b>	<b>-25,18</b>
<b>PATRIMONIO</b>	<b>22,04</b>	<b>9,87</b>	<b>15,95</b>

Fuente: Dinámica Gerencial HUDN

Los pasivos de una empresa se clasifican en aquellos pasivos a largo plazo y los pasivos a corto plazo. Estos últimos son aquellas deudas exigibles en un plazo inferior o igual a un año y se conocen como pasivos corrientes.

Para el año 2008, se adquiere un Crédito Findeter tasa compensada a largo plazo (7 años) destinado a inversiones en propiedad planta y equipo. Durante los años 2008 a 2011 se han amortizado quince cuotas por valor de \$3.750 millones, lo que



genera una disminución del pasivo no corriente y aumentando la capacidad de endeudamiento.

Para el 2010, el pasivo corriente se incrementa en un 18% respecto al periodo anterior, principalmente por un incremento en las cuentas por pagar por prestación de bienes y servicios y depósitos recibidos de terceros donde se encuentran los rubros de Cartera por descargar y consignaciones sin identificar.

En los pasivos corrientes se incluye las retenciones de ley y estampillas cobradas a nuestros clientes durante el mes de Diciembre por valor de \$265 millones. Dichos valores serán pagados en el mes de enero de 2011.

El comportamiento del Balance General, se resume en los siguientes indicadores de liquidez y endeudamiento.

Tabla 43. Razón corriente

INDICADOR	2009	2010	2011	A.C.H.C.		
				PUBLICAS	PRIVADAS	BYINGTON
RAZON CORRIENTE	3,53	3,26	3,08	2	3	2
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	19,67	17,76	16,73	37	35	44

Fuente: Dinámica Gerencial HUDN

Razón corriente: La institución mantiene la capacidad para cancelar de inmediato las obligaciones inferiores a un año en relación de tres a uno.

Nivel de endeudamiento: Se considera un nivel de endeudamiento aceptable hasta el 50%. La cancelación oportuna del crédito Findeter ha permitido la disminución del nivel de endeudamiento durante los últimos tres años.





Plan de desarrollo 2012 - 2016

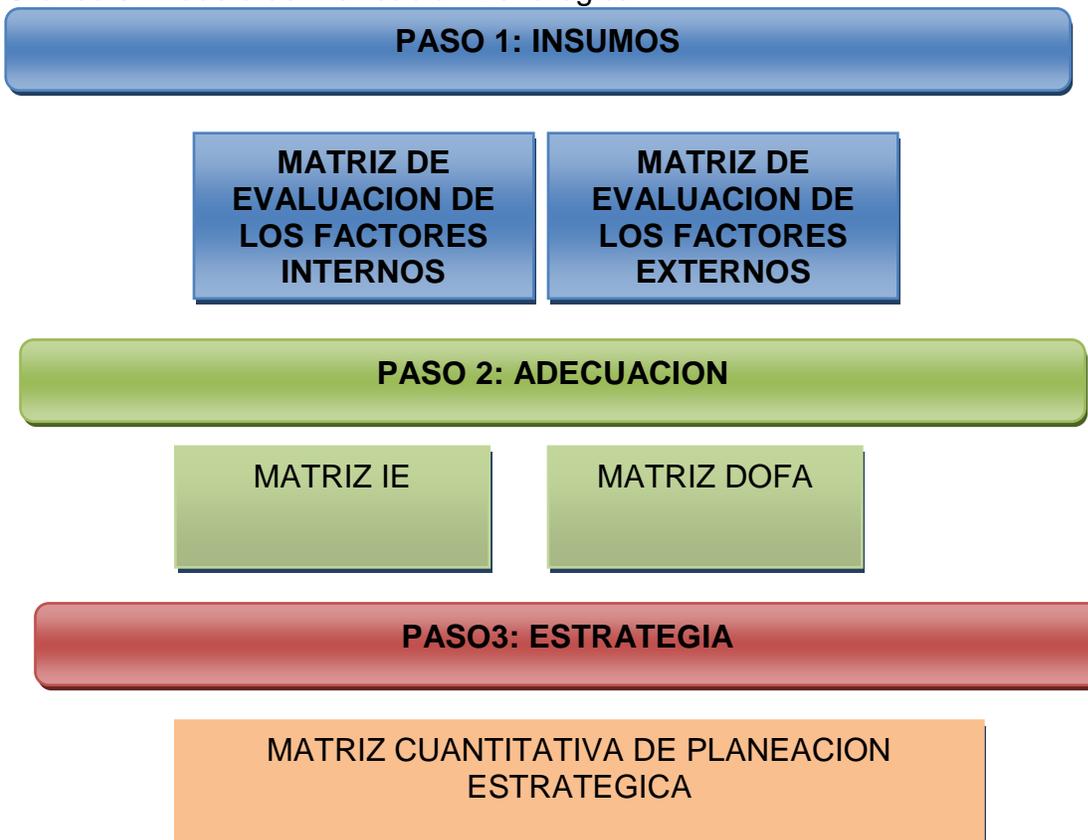
## **2** ANÁLISIS ESTRATÉGICO



## 2.1 Metodología para la Formulación Estratégica

Las técnicas más usadas para formular la estrategia se pueden integrar en un proceso de tres pasos para lograr una estructura que permita tomar decisiones.

Gráfico 3. Modelo de Planeación Estratégica



### 2.1.1 PASO 1. INSUMOS.

- **EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS.** Para la valoración del impacto de las debilidades y fortalezas se realizaron 15 reuniones utilizando la técnica de grupos focales con los diferentes Grupos Internos de Trabajo (GIT). Se logró la participación de más de cien (100) personas entre funcionarios y contratistas de la parte administrativa y asistencial. El grupo focal es una importante técnica de investigación cualitativa y su uso se ha incrementado considerablemente en todos los campos de las ciencias humanas. En la lluvia de ideas, los participantes encuentran la



experiencia más gratificante y estimulante que las entrevistas individuales o el diligenciamiento de encuestas. Los miembros de los grupos se involucraron en el diálogo compartiendo ideas, opiniones y experiencias, y también debatiendo uno con otro sus puntos de vista y preferencias.

El intercambio grupal fue logrando, su interacción democrática, la articulación de las diferentes perspectivas, el cruce de opiniones, y el consenso.

Se diseñó una herramienta documental que orientó a los participantes y los enfocó en la identificación de debilidades y fortalezas a nivel de Grupo Interno de Trabajo:

Gráfico 4. Diagnóstico Interno Hospital Universitario Departamental de Nariño

DIAGNOSTICO INTERNO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO		
<b>Grupo interno de Trabajo:</b> _____	<b>Coordinador:</b> _____	<b>Acompañante:</b> Harold Delgado
<b>Análisis Interno de la organización:</b> Para realizar el análisis interno se han de considerar análisis de recursos, de actividades y de riesgos.		
Pregúntese:		
1) ¿En que nos diferenciamos de los demás GIT?		
2) ¿Qué sabemos hacer mejor que los demás GIT?		
3) ¿Cómo fue mi desempeño y logro de los objetivos del plan de desarrollo anterior 2009 – 2012?		
4) ¿Que indicadores no alcance?		
5) ¿Cuales indicadores actuales han sido objeto de planes de acción y cuales son fortaleza?		
6) ¿Cuáles fueron los hallazgos de las Auditorías Internas o Externas realizadas al Hospital? (incluyen visitas de habilitación, de entes de control etc.)		
7) ¿Cuáles son los resultados de las encuestas de satisfacción a clientes internos o externos que involucran al GIT		
8) ¿La interrelación con otros procesos institucionales es?		
9) ¿Cuál es mi productividad en el último corte de reporte de información?		
10) ¿Cuál es el costo de producción?		
11) ¿Hay utilidad?		
12) ¿A qué población atiendo con más frecuencia en mi servicio? Subsidiada, contributiva, especial, etc.		
13) ¿En que somos fuertes?		
14) ¿Cómo es nuestra infraestructura?		
15) ¿Mi unidad ha sido objeto de referenciación por otras instituciones?		
16) ¿Nosotros nos hemos referenciado en otras instituciones?		



Los grupos Internos describieron sus debilidades y fortalezas de la siguiente manera:

Tabla 44. Debilidades y Fortalezas por Sector.

GIT: Recursos Físicos, Gestión Ambiental, Salud Ocupacional			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Optimo Manejo integral de residuos hospitalarios sólidos (Informes de visitas – Acreditación)	1	No hay personal de planta con perfil profesional y operativo y de responsabilidad.(Cargos de Coordinación a cargo de contratistas)
2	Credibilidad y socialización del Programa de Emergencias y Desastres. Referente para otras Instituciones.	2	Hacinamiento. Espacios físicos insuficientes en las áreas de Salud Ocupacional, Recursos Físicos, Gestión Ambiental (bodega para Activos Fijos y Mantenimiento)
3	Infraestructura hospitalaria moderna, cómoda.	3	Gasto elevado en la disposición final de residuos.
4	Personal competente y selectivo.	4	No hay planificación en el Plan de Compras. No hay participación de los involucrados en el proceso de elaboración del Plan de Compras.
5	Seguimiento permanente y efectivo a accidentes de trabajo.	5	Deficiencias en el contenido contractual.( Los contratistas solo asumen estrictamente el objeto contratado y las necesidades del servicio son cambiantes)
6	Implementación de tecnologías limpias (Programa de Ahorro de Agua y Energía).	6	El sistema de información no es confiable (Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria).
7	Dispositivos de control están establecidos (Control de emisión de gases, Control de incendios).	7	No se cuenta con programa de manejo de sustancias químicas y no hay espacio físico para su almacenamiento que requiere condiciones especiales para manejo de estos residuos.
8	Capacidad resolutive del proceso de mantenimiento, con personal calificado a las solicitudes de todas las dependencias.	8	Inoportunidad de respuesta a solicitudes de compra.
9	Baja rotación del personal (continuidad de procesos).	9	Desgaste administrativo en trámite de cuentas de pago.
10	Trabajo en equipo. Conocimiento amplio y suficiente de procesos y subprocesos de los grupos de trabajo de Ambiente Físico.	10	No se hace efectivo el presupuesto de Emergencias y Desastres.
11	Personal comprometido y con alto sentido de pertenencia.	11	Inoportunidad en el pago de cuentas a proveedores que afecta el proceso de compras (cotizaciones).
		12	Falta de competencia para ejercer interventorías y supervisiones en contratos.
		13	Revisión de parte documental. No hay control. Hay desorden en la generación de documentos
		14	Falta de tanques de almacenamiento de agua (se debe garantizar 72 horas de prestación del servicio)



**GIT: Soporte Terapéutico**

FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Cumplimiento de metas establecidas	1	Bajo cumplimiento del plan de capacitación institucional no se cumple
2	Alto grado de compromiso y participación del personal que conforma el GIT	2	Debilidad en el proceso de docencia e investigación
3	Frecuente autoevaluación de estándares al interior del grupo	3	Falta de organización y desarrollo del proceso de inducción y re inducción del personal
4	Baja rotación del personal	4	La interrelación de procesos necesita fortalecerse, especialmente con los administrativos – las sesiones realizadas no coinciden con las sesiones facturadas.
5	Trabajo en equipo muy adecuado	5	Debilidad en el proceso de Capacitación y en el programa de Bienestar social.
6	Optimización de los recursos (ahorro de insumos, racionalización de uso)	6	No se cuenta con suficiente personal: profesional de sicología para rehabilitación, un facturador exclusivo para esta actividad, actualmente este personal desarrolla actividades de secretaria.
7	Disponibilidad de terapia respiratoria las 24 horas	7	Deficiencia en el sistema de costos – los servicios que se prestan no son los que reporta el sistema – afecta en la medición de productividad.
8	Tecnología de punta en la gran mayoría de servicios, en rehabilitación.	8	Espacios físicos insuficientes. Reubicación del servicio de patología, terapia respiratoria en urgencias y bunker para el acelerador lineal en Oncología.

**GIT: Hospitalización**

FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Registro eficiente de hechos y datos	1	No hay retroalimentación de decisiones de otros GIT (facturación)
2	Oportuno y efectivo auto reporte de accidentes de trabajo	2	No existen costos unitarios de algunos servicios que presta el GIT
3	Hallazgos positivos en auditorias de ICONTEC, las más altas calificaciones	3	Desactualización de guías y protocolos
4	Buen trato, información y comodidad al cliente externo por parte del personal de enfermería	4	Deficiente apego a guías por ginecólogos en la valoración y definición de conducta en gestantes
5	Se cuenta con un coordinador especializado y comprometido en UCI adultos	5	Quejas de primer contacto con vigilantes
6	Los procesos del GIT son objeto de referenciación	6	Falta Auditoria concurrente en el servicio
7	El GIT es muy organizado en su gestión, documentación y atención.	7	Sistema de información poco amigable y poco confiable
8	Infraestructura nueva y adecuada	8	Insuficiente personal especializado y supra - especializado en el servicio





9	La tecnología de la UCI adultos es de punta	9	Espacios físicos inadecuados en Neonatos
		10	Escasa interrelación de procesos
		11	No se cuenta con un profesional en psicología para la atención de hospitalizados y urgencias

GIT: Urgencias			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Agilidad, capacidad de respuesta, en sala de reanimación y atención de urgencias. El hospital en situación de colapso puede asistir rápidamente.	1	Para el personal de contrato falta capacitación e inducción.
2	Dotación de camillas cómodas y seguras para el paciente	2	Incumplimiento a los procedimientos por parte del personal de enfermería. Débil supervisión por parte de las enfermeras profesionales a l personal auxiliar de enfermería.
3	Incremento de recurso humano 2 auxiliares y un medico x turno. Dos rurales.	3	No se han definido estándares de recurso humano para urgencias.
4	Infraestructura moderna.	4	Sobrecarga laboral para médicos, enfermeras y auxiliares, secretarías clínicas y camilleros. (Por lo tanto no atienden adecuadamente a los pacientes).
5	Implementación de pretriage ha mejorado indicadores de oportunidad en consultorio y en triage.	5	Faltan especialidades vitales para el servicio.
6	Conocimiento, seguimiento y control en el manejo de residuos hospitalarios.	6	El servicio no es rentable si no se incluyen medicamentos. No hay costos unitarios. Fallas en facturación.
7	Seguimiento en el tema de salud ocupacional y disminución de accidentalidad.	7	Hace falta adecuar la sala de procedimientos, sala de yesos, reanimación y la construcción de una sala ERA.
		8	Fallas en interrelación de procesos asistenciales, facturación y farmacia.
		9	No hay capacidad instalada para atender la sobredemanda. Faltan camas en hospitalización principalmente las de aislamiento.
		10	Software poco amigable, no esta diseñado a gestión clínica sino orientado a la parte administrativa.
		11	Demora en la valoración de los pacientes y definición de conducta. Hace falta un médico especialista como Director Técnico del servicio de urgencias.
		12	Tecnología insuficiente como ventiladores de transporte, carros de paro y computadores portátiles para todo el servicio.



13	Recurso humano: personal resistente al cambio, trabajadores de contrato, debilidad en el trabajo en equipo.
14	Escasa adherencia por parte del recurso humano a los programas de seguridad, diligenciamiento de registros e historia clínica digital.
15	Protocolos desactualizados.

GIT: Consulta externa			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Infraestructura moderna, adecuada y cómoda.	1	No cuenta con sala de procedimientos.
2	Dotación adecuada.	2	Algunos equipos de oftalmología están desactualizados. Adquirir laringoscopia.
3	Cuenta con PAMEC	3	Impuntualidad de los médicos.
4	Indicadores e información adecuada.	4	Inasistencia de pacientes a consulta externa superior al 20%.
5	Se remiten pacientes a los programas de promoción y prevención de primer nivel.	5	Servicio no rentable.
6	Conocimiento, seguimiento y control en el manejo de residuos hospitalarios.	6	No hay trabajo en equipo.
		7	No se cuenta con programas de prevención secundaria y terciaria.
		8	El sistema de contra referencia no funciona adecuadamente.
		9	Se forman colas en facturación y expedición de documentos.
		10	No hay interrelación de procesos con Atención al usuario en cuanto a pacientes que requieren hospitalización.
		11	No se está programando pacientes en oftalmología por falta de instrumental.

GIT: Quirófanos			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Infraestructura moderna. Disponibilidad de monitores, equipos. Espacios amplios.	1	Fallas en el ambiente físico. La luz es baja, puede ocasionar enfermedades profesionales. Falta ventilación y hay malos olores en sala de partos, también los pacientes se quejan por frío.
2	Trabajo en equipo. Personal amable, competente y comprometido.	2	Fallas en la interrelación de procesos con ginecología, farmacia, parte administrativa, laboratorio.



3	Cumplimiento de indicadores.	3	Infraestructura no es adecuada para la central de esterilización. Fallas en las máquinas de autoclave de vapor. Maquinaria obsoleta.
4	Segregación adecuada de residuos hospitalarios.	4	Sobrecarga laboral en central de esterilización. Hay personal con enfermedades incapacitantes.
5	Se reciben felicitaciones de los usuarios para el equipo de trabajo de sala de partos y quirófanos.	5	El cargo de instrumentadores no está creado. Personal esta por contrato con SAS como auxiliares de la salud.
6	Adecuado manejo de emergencias y desastres	6	Escasos médicos. Se tiene como ayudantes de cirugía a médicos internos. Los ayudantes deberían ser médicos hospitalarios.
7	Los pacientes que llegan a cirugía son informados y tranquilizados. También se les da información a los familiares.	7	Falta de camilleros para recuperación y quirófanos.
8	Tiene un liderazgo positivo y eficiente.	8	Protocolos están desactualizados. No hay adherencia a los protocolos. Faltan protocolos.
		9	Falta compromiso de los médicos en los procesos de habilitación, no hay auditoria médica.
		10	No hay acompañamiento de auditoria para auditar cuentas, se recomienda un auditor por piso.
		11	Sistemas. No hay apoyo ni asistencia de sistemas. Insuficientes computadores en recuperación. Se saca manualmente los indicadores porque sistemas no los da.
		12	Material de osteosíntesis, no lo traen completo, no lo revisan y presentan eventos adversos. Instrumental sucio. El personal que lleva el material debe ser el instrumentador.
		13	Los usuarios de los servicios tienen quejas por facturación, no es ágil y por atención al usuario, que no les dan suficiente información.
		14	Los médicos no tratan bien a los pacientes ni al personal asistencial. Los médicos especialistas no llegan a tiempo.

GIT: Atención al usuario			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Excelente tecnología	1	Asignación de citas a través de las E.P.S.
2	Excelente infraestructura	2	Falta de especialistas para brindar atención oportuna.
3	Personal especializado	3	Mejorar la oportunidad en la elaboración de anexo 3 filas muy extensas que incomodan al usuario.
4	Hospital cómodo	4	Cuando el usuario sale del hospital después de una cirugía debería salir con la cita de su control



5	Falta de información al usuario.
6	Mejorar el trato humanizado por parte de los funcionarios del hospital.
7	Los médicos deberían cumplir con el horario que el hospital les asigna de acuerdo al contrato.
8	Mejorar la oportunidad en la programación de cirugías e informar a tiempo.

GIT: Sistemas y Apoyo Logístico			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Infraestructura adecuada.	1	Falta de interrelación de procesos con atención al usuario
2	Equipos industriales de acuerdo a la necesidad instalada	2	Clima Organizacional, incentivos, relaciones interpersonales, trabajo conjunto con Salud Ocupacional y Bienestar Social
3	Compromiso y participación del personal que conforma el GIT	3	Eficiencia en la gestión documental para pagos a proveedores
4	Trabajo en equipo y personal comprometido.	4	Agilidad y gestión en compras
5	Mínima rotación de personal	5	Gestión en Talento Humano: Socialización e interrelación procesos integral al personal nuevo, incluye presentación a GIT.
6	Personal competente y con experiencia	6	Contratación oportuna de insumos
7	Cultura del reporte de mantenimiento de infraestructura y equipos	7	Disponibilidad de Recursos para los procesos de apoyo
8	Pro actividad del talento humano	8	Programa de prejubilables, gestionar reubicaciones para mayor productividad del talento humano

GIT: Recursos Financieros			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Trabajo en equipo, lo que permite tener objetivos y metas claramente definidas	1	Rotación del Personal
2	Experiencia y Competencia del recursos humano actual, el cual cuenta con un alto sentido de pertenencia	2	Personal Competente Insuficiente, por cuanto existen dificultades en encontrar el personal idóneo que cuente con la experiencia y la calificación para cada uno de los cargos.
3	Informes de Contraloría sin Hallazgos y cuentas fenecidas hasta el año 2011	3	Deficiencia en Hardware y Software (1 sola impresora para toda el área, los informes del sistema arrojan diferentes resultados, por lo tanto afectan la confiabilidad de la información)
4	Estados financieros claros, precisos y Confiables.	4	Instalaciones físicas inadecuadas (pisos en mal estado, módulos de algunas áreas en mal estado y ergonomía, la interrelación de procesos no tiene continuidad teniendo en cuenta que los subprocesos se encuentran dispersos, falta de



			seguridad en las cajas)
5	Optimización y eficiencia para capturar fuentes y uso adecuado de recursos, lo que ha permitido Pagos oportunos en los gastos de personal en los que incurre la organización	5	Contratación de personal bajo las figuras de las SAS, además las remuneraciones salariales no se encuentran acorde con las funciones y tareas.
6	Atención integral a nuestros clientes	6	Deficiencia en los planes de capacitación y e los incentivos salariales
7	Mensualmente se realiza conciliación de la información financiera entre las áreas involucradas dentro del proceso financiero	7	Giro mediante cheques.

GIT: Servicio Farmacéutico			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	En la selección de medicamentos y dispositivos médicos se tiene definido un listado básico.	1	No existe un plan de compras para material de osteosíntesis, lo que hace que se pierda oportunidad.
2	Se tienen identificados los proveedores y son evaluados periódicamente.	2	En los servicios asistenciales no hay protocolos ni adherencia a protocolos en el manejo de las patologías, lo que afecta la planeación en las compras.
3	Los dispositivos que poseemos son acordes a la tecnología biomédica del HUDN	3	No hay compromiso del comité de Farmacia terapéutica.
4	Existe un plan de compras, el cual es efectivo y cumple con el presupuesto asignado.	4	Pago de proveedores se hace a 120 días y hay tramitología en el pago a proveedores, lo que retrasa los despachos de medicamentos y dispositivos médicos.
5	El almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos se hace de acuerdo a las recomendaciones y fichas técnicas del fabricante.	5	No se cumple con la meta del indicador de recepción, dado que el volumen de productos que ingresan es superior a la capacidad instalada(escasos QF, no hay espacio físico)
6	Bajos índices de deterioro de medicamentos y dispositivos médicos.	6	La capacidad instalada e infraestructura para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos es insuficiente, de igual manera no existe un área de almacenamiento de material de osteosíntesis y cirugía general.
7	Grupo de trabajo comprometido y el personal es idóneo y competente.	7	No están certificadas en BPM ante el INVIMA la central de gases y la central de Mezclas. Para la central de mezclas no hay una infraestructura adecuada.
8	La preparación de medicamentos de alto riesgo está centralizada	8	No hay un área para medicamentos en cuarentena, ni para medicamentos aprobados y rechazados.
9	Aprovechamiento y optimización de los recursos en el acondicionamiento de las unidades.	9	La confirmación tardía de las áreas asistenciales demora la formulación y distribución de los medicamentos en los servicios.



10	Es un área rentable.	10	Los proveedores de las EPS que llevan los dispositivos de osteosíntesis no cumplen con la fórmula médica y no los entregan a tiempo.
----	----------------------	----	--

GIT: Talento Humano			
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	La oficina de Recursos Humanos cuenta con personal competente, comprometido, con sentido de pertenencia y responsable	1	Se debe mejorar el proceso de Inducción de nuevos funcionarios
2	El módulo de nómina de Dinámica Gerencial es flexible y funcional	2	No se cuenta con apoyo técnico permanente del área de sistemas de información
3	El proceso de Recursos Humanos ha sido referenciado con otras entidades	3	El soporte técnico de dinámica gerencial no es oportuno
4	La rotación de personal del área es baja	4	En el área se desarrollan procesos que no corresponden a Talento Humano
5	Liderazgo positivo y eficiente	5	No hay cumplimiento y seguimiento al Plan de Capacitación. El acceso a capacitaciones es limitado.
6	La organización cuenta con un Programa de Bienestar Social adecuado	6	Existe hacinamiento en las instalaciones físicas
7	Se tiene apoyo de la Gerencia y Subgerencias para encontrar alternativas de solución	7	Existe información histórica que reposa en archivo central la cual no es suministrada con oportunidad
		8	La información histórica del área no se encuentra sistematizada
		9	Existe demora en los procesos de contratación y pago a proveedores
		10	Deficiencias en el Manual de Funciones

Fuente: Esta investigación.

Al analizar y concentrarse en los contenidos producidos, aparecen las categorías o las expresiones que mejor describen las fortalezas y debilidades, teniendo en cuenta que estas deben ser estratégicas y no operativas, para poder ser incluidas en el Plan de Desarrollo; de esta forma, se logró llevar a cabo un proceso de categorización y estructuración.

- **SELECCIÓN DE FACTORES INTERNOS PRINCIPALES.** Para seleccionar los factores principales se tuvo en cuenta el contenido estratégico de estos y la frecuencia con que se repitieron en los once grupos internos de trabajo.
  - **MATRIZ DE EVALUACION DE FACTORES INTERNOS.** En la matriz de evaluación de factor interno resultante, se listaron las



agrupaciones realizadas y se calificaron de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 45. Convenciones para calificación.

CALIFICACION	
4	Fortaleza Importante
3	Fortaleza menor
2	Debilidad Menor
1	Debilidad Importante

Nota: Entiéndase la frecuencia como el número de veces que se repitió el factor en el ejercicio de recolección de información al interior de los GIT.

Al finalizar las reuniones focales se recopilaron veinticuatro (24) factores entre fortalezas y debilidades.

La matriz se obtiene de multiplicar el peso porcentual de cada factor por su calificación correspondiente para determinar una calificación ponderada para cada variable. Se debe sumar las calificaciones ponderadas para determinar el puntaje total de la organización.

Tabla 46. Fortalezas y debilidades.

N	Factor Crítico Interno		Frecuencia	Calificación	Ponderación	Total
	FORTALEZAS/DEBILIDADES			a	B	a*b
1. F	Cumplimiento de estándares de Acreditación.		6	4	0.07	0.28
2. F	Uso eficiente de recursos financieros.		1	4	0.05	0.2
3. F	Infraestructura hospitalaria moderna y cómoda en algunos servicios.		8	4	0.07	0.28
4. F	Cuidado del medio ambiente mediante programas de ahorro de agua y energía, residuos sólidos.		6	4	0.05	0.2
5. F	Personal competente, comprometido y que trabaja en equipo, en algunos GIT.		16	4	0.07	0.28
6. F	Baja rotación del personal.		4	3	0.05	0.15
7. F	Alta tecnología en los equipos de algunos servicios.		6	4	0.05	0.2
8. F	Contar con el programa de Emergencias y Desastres.		2	3	0.03	0.09



9. F	Cumplimiento adecuado de metas establecidas.	1	4	0.05	0.2
N	Factor Crítico Interno	Frecuencia	Calificación	Ponderación	Total
	FORTALEZAS/DEBILIDADES		a	B	a*b
10. D	Deficiencias en infraestructura y tecnología en servicios como UCIN, central de mezclas, Oncología, banco de leche humana, Urgencias, central de esterilización.	15	1	0.07	0.07
11. D	Capacidad instalada insuficiente en urgencias y en hospitalización.	1	2	0.05	0.1
12. D	Escasa interrelación de procesos.	7	2	0.03	0.06
13. D	Debilidad en la atención al usuario, no proporciona suficiente información a los usuarios de los servicios.	2	2	0.03	0.06
14. D	El sistema de información es poco amigable e insuficiente asistencia técnica de sistemas.	7	2	0.05	0.1
15. D	Contrato de personal a través de empresas externas.	2	2	0.04	0.08
16. D	No hay certificación en BPM de Central de mezclas y central de gases.	1	2	0.02	0.04
17. D	Falta auditoria concurrente en los servicios, tanto en auditoría médica y en auditoría de cuentas.	3	2	0.02	0.04
18. D	Falta trato humanizado por parte de algunos funcionarios del hospital.	4	1	0.06	0.06
19. D	No hay líneas de investigación consolidadas al interior del Hospital.	1	2	0.02	0.04
20. D	Deficiencia en la información de costos unitarios de los servicios.	2	2	0.02	0.04
21. D	Demora en el pago a proveedores.	5	2	0.02	0.04
22. D	Debilidad en el proceso de facturación y expedición de documentos	1	2	0.02	0.04
23. D	Insuficientes profesionales en medicina especializada y personal operativo.	10	1	0.04	0.04
24. D	Escasa accesibilidad en los programas de capacitación, inducción y bienestar social.	6	2	0.02	0.04
TOTAL				1.00	2.73

Fuente: esta investigación



Entre las fortalezas más importantes está el personal competente, comprometido y que existe trabajo en equipo. También se destaca el cumplimiento de estándares de acreditación y la infraestructura moderna y cómoda en algunos servicios de la UCS.

Como principales debilidades, se reconoce que aún hace falta adecuar la infraestructura en algunas áreas de la antigua construcción y mejorar la tecnología en servicios como UCIN, oncología, sistemas de información, entre otros. También se identifica insuficiente personal especializado y escaso personal asistencial en áreas como anestesiología, neurología, cirujanos generales y en procesos como recursos físicos, mantenimiento y laboratorio clínico.

- **ANÁLISIS EXTERNO DE LA ORGANIZACIÓN.** Para el análisis externo se realizó una reunión con los coordinadores de los diferentes grupos internos de trabajo GTI, en dónde a través de una lluvia de ideas se identificaron las oportunidades y las amenazas en cuanto a los aspectos políticos, legales, sociales, económicos, tecnológicos y de la competencia.

Se realizaron también encuestas a los grupos interesados como proveedores, liga de usuarios, universidades de la región y EPS.

La Liga de Usuarios destaca la infraestructura, la tecnología y el personal especializado que labora en el hospital. Sin embargo también describe oportunidades de mejora en la asignación y oportunidad de citas, en el trato humanizado por parte de los funcionarios del hospital y en la información que se brinda al usuario.

Por su parte las diferentes universidades manifestaron tener expectativas con respecto al HUDN por ser un hospital universitario y están dispuestas a realizar programas interinstitucionales de mejoramiento continuo de los procesos de docencia e investigación y a aportar talento humano con experiencia en investigación para desarrollar líneas de investigación en favor del desarrollo de la región.

En cuanto a proveedores manifiestan insatisfacción por la demora en los pagos, pero manifiestan recibir una buena atención por parte de los funcionarios del HUDN.



La junta directiva tuvo la presentación de un avance en la formulación del plan de desarrollo para la realización de aporte y sugerencias.

Con respecto a las EPS, se encuestó a Coomeva, Emssanar, el IDSN, Asmet, Mallamas y Proinsalud. Se encontró que estas empresas están satisfechas con los términos de contratación y con la auditoria realizada, por cuanto es clara en cuanto a objetivos y campos de acción, manifiestan que el servicio se presta con calidad y que sienten confianza hacia la institución.

Por otro lado, hay insatisfacción en las tarifas con las cuales se contratan los servicios y sugieren mejorar la oportunidad en la asignación de citas, mejorar el sistema de información ya que es difícil la comunicación con el HUDN y además brindar un trato más humanizado hacia los pacientes.

- **MATRIZ DE EVALUACION DE FACTORES EXTERNOS.** Las oportunidades y amenazas identificadas en la reunión de directivos y coordinadores se calificaron y ponderaron de acuerdo a la siguiente tabla:

○

Tabla 47. Convenciones para calificación.

CALIFICACION	
4	Oportunidad Importante
3	Oportunidad menor
2	Amenaza Menor
1	Amenaza Importante

La matriz se obtiene de multiplicar el peso de cada factor por su calificación correspondiente para determinar una calificación ponderada para cada variable. Se debe sumar las calificaciones ponderadas de cada variable para determinar el total ponderado de la organización.

Tabla 48. Oportunidades y Amenazas.

N	Factor Crítico Externo	Calificación	Ponderación	Total
	OPORTUNIDADES/AMENAZAS	A	B	a*b
1. O	Reconocimiento desde el Ministerio de Protección Social como Centro de Referencia Departamental.	4	0.1	0.4



2. O	Imagen institucional positiva por la infraestructura, tecnología avanzada y el personal especializado.	4	0.1	0.4
3. O	Por ser un hospital acreditado, el Estado da prioridad en la asignación de recursos.	4	0.07	0.28
4. O	Nueva reglamentación, Resolución 2320 del 2011, giros directos.	4	0.07	0.28
5. O	Interés de las universidades a apoyar los procesos académicos y de investigación.	4	0.06	0.24
6. O	Atención integral a los usuarios por unificación del POS	3	0.025	0.075
7. O	Acceso a equipos de Alta Tecnología	3	0.025	0.075
8. O	Fácil acceso a Sistemas de información en línea.	3	0.025	0.075
9. A	Modelo económico del Sistema General de Seguridad Social.	2	0.05	0.1
10. A	Escasa oferta de especialistas y servicios especializados.	1	0.1	0.1
11. A	Crisis financiera de las EPS	2	0.1	0.2
12. A	Ubicación geográfica del Departamento con limitaciones de acceso.	2	0.05	0.1
13. A	Conflicto armado.	2	0.06	0.12
14. A	Competencia desleal por tarifas de servicios especializados.	1	0.07	0.07
15. A	Establecimiento de IPS supra-especializadas (competencia).	1	0.07	0.07
<b>TOTAL</b>			<b>1.00</b>	<b>2.66</b>

Fuente: esta investigación

Entre las oportunidades, se manifiesta que el HUDN es reconocido como un Centro de Referencia por parte del Ministerio de Salud y otras entidades hospitalarias de la región, lo cual permite el posicionamiento en el suroccidente del país, destacando la prestación del servicio con calidad en los procedimientos de mediana y alta complejidad.

También se manifiesta como oportunidad la normatividad en la resolución 2320 del 2011, la cual tiene por objeto establecer los plazos y reglas a las que deben sujetarse las EPS para el reporte de información al Ministerio de la Protección Social de los montos a girar a las IPS, que permita el pago directo de recursos del Régimen Subsidiado, a la red prestadora de servicios de salud.



En cuanto a la Unificación del POS, disminuye los trámites para los pacientes y es un gran avance en la ampliación de medicamentos, insumos y procedimientos médicos, se dificulta el acceso efectivo a los mismos, mejorando la oportunidad y la integralidad de la atención. Sin embargo existen algunas dificultades como la tramitología interna.

Como amenaza es relevante la crisis financiera de las EPS, las cuales ponen en riesgo la economía de las IPS. También se nombra entre otras, la escasa oferta de médicos especialistas y la competencia desleal en tarifas de los servicios médicos.

### 2.1.2 PASO 2. ADECUACION

- **MATRIZ INTERNA Y EXTERNA.** Esta matriz ubica en diferentes cuadrantes el resultado del análisis de los factores internos y externos, describiendo las estrategias a seguir de la siguiente manera:
  - **REGIÓN I – II –IV:** Si los resultados de la evaluación de los factores críticos se ubican en esta región, sus estrategias deben ser de crecimiento y desarrollo.
  - **REGIÓN III – V – VII:** Si los resultados de la evaluación de los factores críticos se ubican en esta región, las estrategias deben ser de mantenimiento, consolidación y resistencia.
  - **REGIÓN VI – VIII – IX:** Si los resultados de la evaluación de los factores críticos se ubican en esta región, las estrategias deben ser de reingeniería, de cambio.



Gráfico 5. Matriz de Regiones Estratégicas

		MEFI			
		4	3	2	1
	4				
MEFE	3	I	II	III	
	2	IV	V	VI	
	1	VII	VIII	IX	
		MEFE	=	2.7	
		MEFI	=	2.7	

Fuente: Esta investigación

Al estar la intersección de los resultados en la región V, se considera que las estrategias deben ser de **mantenimiento, consolidación y resistencia**.

• **MATRIZ DOFA**

Tabla 49. Matriz DOFA

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplimiento de estándares de Acreditación.</li> <li>Uso eficiente de recursos financieros.</li> <li>Infraestructura a hospitalaria moderna y cómoda.</li> <li>Cuidado del medio ambiente mediante programas de ahorro de agua y energía, residuos sólidos,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiencias en infraestructura y tecnología.</li> <li>Capacidad instalada insuficiente en urgencias y en hospitalización.</li> <li>Escasa interrelación de procesos.</li> <li>Debilidad en la atención al usuario.</li> <li>Deficiencia en Hardware y Software.</li> <li>Contrato de personal tercerizados.</li> <li>No hay certificación en BPM.</li> <li>Falta auditoria concurrente en los servicios.</li> <li>Falta trato humanizado.</li> <li>No hay líneas de investigación.</li> <li>Deficiencia en la información de costos unitarios de los servicios.</li> <li>Pago a proveedores, inoportuno.</li> <li>Debilidad en facturación y expedición de documentos</li> <li>Insuficientes profesionales especializados y personal en general.</li> <li>Debilidad en los programas de capacitación, inducción bienestar social.</li> </ul>





	<p>emisión de gases.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal competente, comprometido y que trabaja en equipo.</li> <li>• Baja rotación del personal.</li> <li>• Alta tecnología en los equipos de los servicios.</li> <li>• Programa de Emergencias y Desastres.</li> <li>• Cumplimiento de metas establecidas.</li> </ul>	
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS FO</b>	<b>ESTRATEGIAS DO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento desde el Ministerio de Protección Social como Centro de Referencia Departamental.</li> <li>• Imagen institucional positiva por la infraestructura, tecnología avanzada y el personal especializado.</li> <li>• Por ser un hospital acreditado, el Estado da prioridad en la asignación de recursos.</li> <li>• Nueva reglamentación, Resolución 2320 del 2011.</li> <li>• Interés de las universidades a apoyar los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar proyectos de adquisición de tecnología con cofinanciación del estado.</li> <li>• Mantener y fortalecer el Sistema Único de Acreditación</li> <li>• Integrar y fortalecer el Sistema de Gestión de la calidad, el Sistema de Gestión ambiental y el de Seguridad y salud ocupacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar, fortalecer y desarrollar el sistema de información y comunicación.</li> <li>• Fortalecer la gestión documental mediante la sistematización y automatización.</li> <li>• Adquisición de hardware y software para automatización de historias clínicas e integración de módulos contables.</li> <li>• Fortalecer las campañas de comunicación masiva para dar a conocer los servicios del HUDN</li> <li>• Fortalecer las auditorias medicas y de cuentas.</li> </ul>



<p>procesos académicos y de investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso unificado por POS.</li> <li>• Hospital exento de impuestos por ser una Empresa Social del Estado</li> <li>• Acceso a tecnología de punta.</li> <li>• Sistemas de información en línea.</li> </ul>		
<p><b>AMENAZAS</b></p>	<p><b>ESTRATEGIAS FA</b></p>	<p><b>ESTRATEGIAS DA</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo económico del Sistema General de Seguridad Social.</li> <li>• Escasa oferta de especialistas y servicios especializados.</li> <li>• Crisis financiera de las EPS</li> <li>• Ubicación geográfica aislada.</li> <li>• Conflicto armado.</li> <li>• Competencia desleal por tarifas.</li> <li>• Establecimiento de IPS supra especializadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar un programa de servicio al cliente para mantener su lealtad</li> <li>• Iniciar programas con las organizaciones y asociaciones para cubrir más población.</li> <li>• Gestión de los costos hospitalarios para la toma de decisiones con base en la información. (GRD, costos unitarios, ABC).</li> <li>• Gestión de Cartera.</li> <li>• Gestión Financiera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la atención al usuario para que el cliente este satisfecho en el hospital</li> <li>• Consolidar y fortalecer el programa de docencia e investigación.</li> <li>• Desarrollar un programa de marketing interno y externo</li> <li>• Implementar un programa de humanización que promueva el buen trato al usuario</li> <li>• Adecuación y mejoramiento de la infraestructura física.</li> </ul>





**2.1.3 PASO 3. DECISIÓN.** La construcción de una estrategia global permite la integración de las conclusiones de cada una de las matrices construidas. Se convierte en el complemento de la plataforma estratégica con la misión, visión, objetivos, valores y políticas de la organización. Cada una de las conclusiones es válida para definir la estrategia global.

#### 2.1.4 CONCLUSIONES

- MATRIZ EFI: La calificación de 2.7 muestra que el hospital tiene una posición interna fuerte a pesar de las debilidades internas de los Grupos Internos de trabajo GIT.
- MATRIZ EFE: La calificación de 2.7 muestra que la empresa no ha reducido los impactos negativos de las amenazas, sin embargo a potencializado las oportunidades.
- MATRIZ IE: Ubicación en el cuadrante V, las estrategias deben ser de mantenimiento, consolidación y resistencia.

**2.1.5 GRAN ESTRATEGIA.** Tenemos entonces los insumos para el planteamiento de una estrategia global corporativa. En el caso de nuestro ejemplo podríamos definirla como:

***“Prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad y generación de nuevos e innovadores servicios garantizando el sostenimiento y desarrollo institucional, mediante acciones que permitan la participación social, la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios con personal idóneo y con altos niveles de calidad, buscando la satisfacción de nuestros usuarios.”***

**2.1.6 FACTORES CLAVES DE ÉXITO.** Se determinaron estrategias para reducir el impacto de las debilidades y amenazas que obedecieron al análisis DOFA y cerrar las brechas grandes identificadas en el análisis interno y externo.

Una vez agrupadas las estrategias se adelantó una primera depuración por afinidad y pertinencia. Luego, se procedió a unificar los grupos de estrategias en los denominados Factores Claves de éxito, que luego darán origen a los objetivos.

Al final del presente ejercicio se escogen las estrategias que serán objeto de un análisis de viabilidad.



Los factores claves de éxito a trabajar en el HUDN son:

- **Mantener Acreditación institucional**
  - Fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación, mediante la capacitación y motivación del personal.
  - Realización de auditorías internas con enfoque acreditación, con el fin de monitorear el estado de los estándares e incrementar paulatinamente la calificación interna
  - Implementación de Normas de calidad NTC OHSAS 18001:2007 de Seguridad y Salud Ocupacional, NTC ISO 14001:2004 de Gestión Ambiental y NTC ISO 9001:2008 de calidad.
  - Benchmarking de procesos, procedimientos u operativización de servicios de salud en entidades hospitalarias acreditadas y de reconocimiento Nacional e internacional.
  
- **Mejorar la Gestión clínica:**
  - Fortalecimiento de la seguridad del paciente y seguimiento de eventos adversos con apoyo de Software SIREA.
  - Mantener y desarrollar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad.
  - Fortalecimiento del programa de buenas prácticas de manufactura para elaboración de medicamentos (CENTRAL DE MEZCLAS) y fabricación de aire medicinal (CENTRAL DE GASES) y acreditación ante INVIMA.
  - Mejoramiento de los criterios de pertinencia medica en la práctica clínica a través del diseño, la implementación y el seguimiento a la adherencia de las guías de medicina basada en la evidencia científica.
  - Ampliación del Portafolio de Servicios con inclusión de supra especialidades.
  - Fortalecimiento de la Prestación de servicios garantizando la presencialidad de las especialidades médicas básicas (Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Traumatología.)
  - Ampliación del parque automotor para TAB TAM, Transporte Equipos y Personal Programa Hospitalización en Casa, Atención de Brigadas extramurales.
  - Implementación de Servicios de Radioterapia y Radiocirugía mediante la dotación y puesta en marcha de Acelerador Lineal.



- Fortalecer la estrategia IAMI a través de la implementación del Banco de Leche Humana y madre canguro.
- Suscripción de alianzas estratégicas con enfoque de Red y APS con entidades del sector Público y Privado.
- **Fortalecer el sistema de información e informática.**
  - Mejoramiento del sistema de información y comunicación integral del Hospital.
  - Fortalecimiento de la gestión documental del SGC mediante la sistematización y automatización.
  - Fortalecimiento de hardware y software para automatización de historias clínicas e integración de módulos contables.
  - Implementación de sistema de Control de ingreso y salida de clientes internos, externos e ingreso, trazabilidad y salida de pacientes
  - Implementación de canales de información comunitaria (línea 01 8000 call center 24 horas).
  - Implementación gradual de gestión “cero” papel en operación de Archivo Central, histórico y de gestión.
  - Legalización de licenciamiento del software operado en la Institución.
  - Fortalecimiento de la Gestión Comunicacional e Imagen Corporativa Institucional.
- **Estructurar la gestión de la innovación.**
  - Implementación del Centro de Investigaciones.
  - Definición de líneas de investigación.
  - Presentación y mantenimiento de premios, galardones, reconocimientos del sector salud de manera sistémica y sistemática para incrementar y compartir los saberes aprendidos en el tiempo como parte de la responsabilidad social que le atañe a la organización.
- **Fortalecer la infraestructura y dotación hospitalaria.**
  - Adecuación de una sala de procedimientos, sala de yesos y de reanimación.
  - Construcción de una sala ERA en el área de urgencias.



- Adecuación de un sistema de aire acondicionado y calefacción en sala de partos.
  - Modernización de la central de esterilización.
  - Adecuación y modernización de las instalaciones central de mezclas.
  - Adecuación de infraestructura en neonatos.
  - Ampliación de la Infraestructura del Laboratorio Clínico y Banco de Sangre.
  - Ampliación de la capacidad instalada de urgencias y hospitalización.
  - Reubicación del área de patología.
  - Construcción de nuevas áreas administrativas
- 
- **Fortalecer la Gestión del Desarrollo sostenible y protección del medio ambiente.**
    - Adquisición e instalación de autoclave de alta eficiencia para desactivación de residuos biosanitarios.
    - Construcción tanques de almacenamiento de agua apta para consumo en las instalaciones del hospital y aprovechamiento de aguas lluvias.
    - Plan de gestión de Residuos Hospitalarios con enfoque de reducción de impacto medio ambiental y reducción del riesgo para los trabajadores y pacientes del Hospital.
- 
- **Fortalecer la Gestión del Talento Humano.**
    - Implementación del programa de Humanización (atención con calidad y calidez)
    - Vinculación gradual del talento humano misional a la planta de personal del hospital.
    - Fortalecimiento del proceso de selección, inducción y re inducción del personal.
    - Gestionar el Plan de Capacitación.
    - Rediseño del Manual de Funciones y competencias con adecuación a las necesidades institucionales
    - Implementación de Plan de retiro voluntario y asistido.
    - Fortalecimiento del Plan de Bienestar Social.



- **Fortalecer la Gestión Financiera y administrativa**

- Gestión de los costos hospitalarios para la toma de decisiones gerenciales con base en la información. (costos unitarios ABC).
- Implementación de metodologías, plataformas tecnológicas procesos y procedimientos para la selección de proveedores de bienes y servicios a través de mecanismos electrónicos o compras conjuntas
- Mercadeo de portafolio de servicios con enfoque de contratación con tarifas diferenciales a las EAPB
- Fortalecimiento de los procesos de Facturación y trazabilidad electrónica de la Factura
- Fortalecimiento de los procesos de Auditoria Médica y de Cuentas
- Fortalecimiento en el proceso de Gestión de Cartera.
- Gestión de pago a proveedores
- Gestión de sostenibilidad y rentabilidad.
- Renovación de parque automotor
- Gestión Bancaria, Crédito y Leasing en condiciones de selección objetiva favorables para el Hospital

### 2.1.7 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

En desarrollo de lo planteado en el Plan de Gestión Gerencial y a la luz de las deliberaciones de los diferentes Grupos internos de trabajo, se realiza la modificación a los objetivos estratégicos inicialmente planteados adoptándose la siguiente definición:

- 1. Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA: Humanización del Servicio, Seguridad del Paciente, Gestión de la Tecnología, Gestión del Riesgo.
- 2. Gestionar la implementación del Sistema Integral HSEQ: Calidad (ISO 9001), Gestión Ambiental (ISO 14001), Seguridad Industrial y Salud Ocupacional (ISO 18001).
- 3. Conservar un bajo nivel de Riesgo Financiero y Jurídico, mediante una administración eficiente y efectiva de los recursos
- 4. Mejorar la capacidad instalada ( ampliar la infraestructura física adquisición de nueva tecnología y dotación institucional hospitalaria )



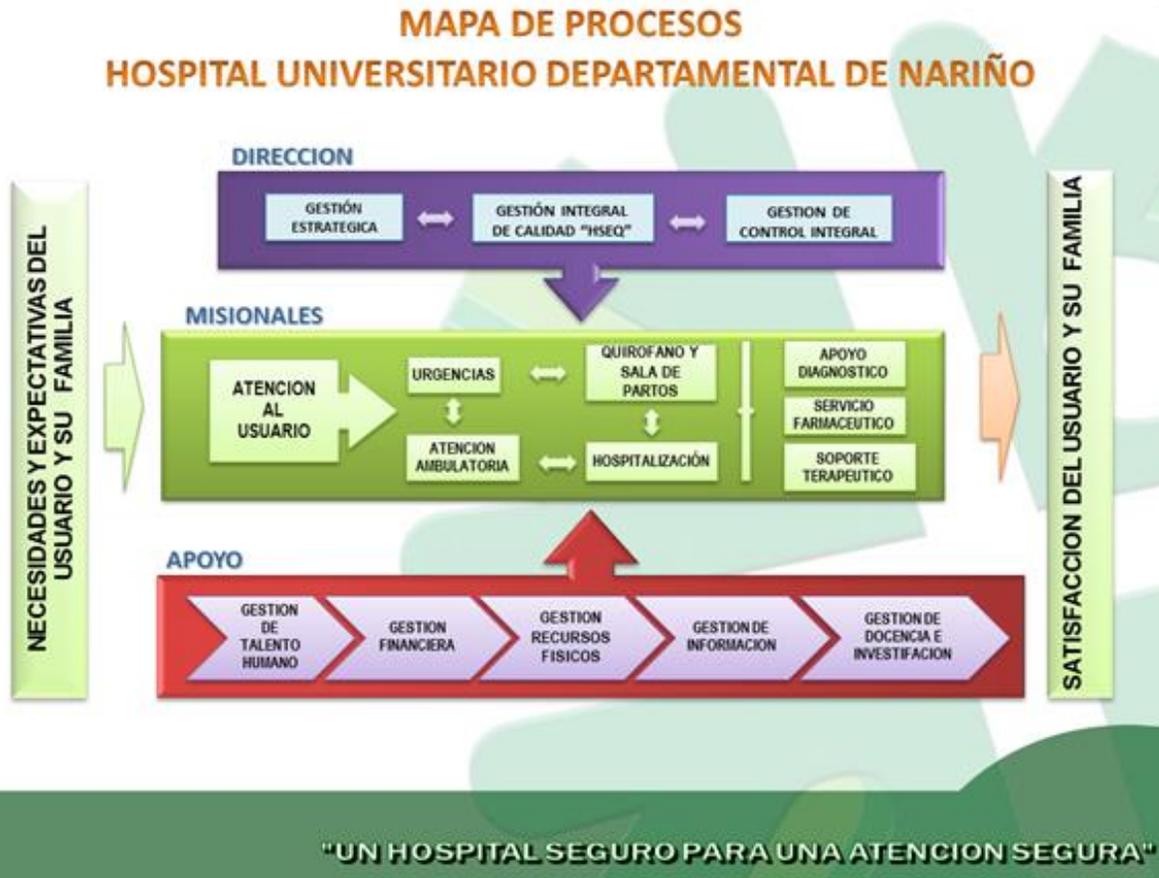
- 5. Mejorar el desarrollo integral del talento Humano, con énfasis en los programas de humanización del servicio
- 6. Ampliar el Portafolio de servicios orientado a Supra – Especialidades
- 7. Fortalecer los Convenio Docencia-Servicio y la Investigación Científica

**2.1.8 ARTICULACIÓN DE LOS FACTORES CLAVES DE ÉXITO CON OBJETIVOS ESTRATÉGICOS E INDICADORES.** Una vez analizada la situación de salud de nuestra comunidad, el diagnóstico institucional y del entorno y teniendo en cuenta la gran estrategia, originada de la posición de la organización en la matriz de análisis DOFA, la Gerencia decide alinear los factores claves de éxito a siete objetivos estratégicos que guiarán la operación estratégica y táctica durante la vigencia de este plan de desarrollo.

**2.1.9 MAPA DE PROCESOS.** El mapa de procesos para nuestro sistema de gestión se compone de tres procesos Estratégicos, ocho misionales y cinco procesos de apoyo, todos alineados con los objetivos estratégicos, los cuales a su vez se traducen en el cumplimiento de la misión institucional; quienes una vez definidos se despliegan en cascada a todos los niveles.



Gráfico 6. Mapa de Procesos



Fuente: Esta Investigación

### 2.1.10 ELEMENTOS DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA

- **MISIÓN.** El Hospital Universitario Departamental de Nariño, es una Empresa Social del Estado Acreditada, que presta Servicios de Salud, de mediana y alta complejidad con estándares superiores de calidad a la comunidad del Departamento de Nariño y del Sur Occidente Colombiano.

Contamos con Talento Humano altamente calificado y comprometido con la seguridad integral del paciente, quienes, a través del conocimiento científico, moderna tecnología y eficiente gestión financiera brindan con afecto, respeto y amabilidad, respuestas a las necesidades y expectativas





en salud de nuestros usuarios y sus familias, constituyéndose además en la principal base docente de prácticas de formación e investigación académica en la región.

- **VISIÓN.** En el año 2016 el Hospital Universitario Departamental de Nariño, se posicionará como una organización Acreditada, financieramente Auto sostenible, reconocida a nivel nacional, por sus altos estándares de humanización de la atención, seguridad del paciente, gestión tecnológica, gestión científica, y orientación académica, Protectora del medio ambiente. Comprometida con el desarrollo integral de nuestro talento humano y con la calidad de vida de nuestros usuarios y sus familias.

- **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

1. Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA: HUMANIZACION DEL SERVICIO, SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTION DE LA TECNOLOGIA, GESTION DEL RIESGO.
  2. Gestionar la implementación del Sistema Integral HSEQ :Calidad (ISO 9001) Gestión Ambiental (ISO 14001), Seguridad Industrial y Salud Ocupacional.(ISO 18001)
  3. Conservar un bajo nivel de Riesgo Financiero y Jurídico, mediante una administración eficiente y efectiva de los recursos
  4. Mejorar la capacidad instalada ( ampliar la infraestructura física adquisición de nueva tecnología y dotación institucional hospitalaria )
  5. Mejorar el desarrollo integral del talento Humano, con énfasis en los programas de humanización del servicio
  6. Ampliar el Portafolio de servicios orientado a Supra – Especialidades
  7. Fortalecer los Convenio Docencia-Servicio y la Investigación Científica
- **POLÍTICA DE CALIDAD.** Los trabajadores del HUDN, se comprometen con la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad con calidad, calidez y seguridad a los usuarios, trabajadores y comunidad siendo amigables con el medio ambiente a través del uso eficiente de los



recursos propendiendo por la sostenibilidad financiera y el mejoramiento de los estándares de acreditación.

- **POLITICA DE SEGURIDAD.** En el Hospital entendemos que la seguridad de nuestros grupos de interés es un imperativo durante la atención del proceso de gestión clínica por ello pretendemos controlar los eventos adversos a las lesiones o complicaciones involuntarias que pudiesen ocurrir durante la atención en salud para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Por lo tanto la seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. Por extensión, también aplicamos este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones antes mencionadas.
- **POLITICA DE EQUIDAD.** Es compromiso de la Organización, impulsar la equidad entre hombres y mujeres asegurando la igualdad de oportunidades, favoreciendo la equidad de género, así como el cumplimiento de la ley en cuanto fortalecer ambientes de trabajo en donde se respete la dignidad de la personas.
- **POLITICA DE HUMANIZACION:** El hospital Universitario Departamental de Nariño promueve de manera permanente una cultura de servicio basada en el afecto, respeto, trato digno, confianza y calidez, entre sus trabajadores, usuarios, familias, estudiantes y demás grupos de interés; asegurando su fidelidad y fortaleciendo la imagen institucional, a través de la gestión y el desarrollo integral del talento humano, mejoramiento continuo de sus procesos, en un ambiente seguro y confortable.
- **POLITICA LABORAL.** Proporcionar condiciones adecuadas de trabajo para mejorar la calidad de vida de sus trabajadores y propiciar su desarrollo.
- **POLITICA SOCIAL.** Promover la activa participación de comunidad en los procesos de desarrollo organizacional y coadyuvar a la creación de estilos de vida saludables con actividades de promoción en nuestro nivel de complejidad.



- **POLITICA ECONOMICA Y FINANCIERA.** Administrar correctamente los bienes y recursos para el óptimo beneficio empresarial y lograr la eficiencia operativa al menor costo.
  
- **VALORES CORPORATIVOS**
  1. **Ética:** Conformidad con los principios de la disciplina y con los principios morales.
  2. **Respeto:** Consideración y reconocimiento del valor de una persona o de una cosa.
  3. **Responsabilidad:** Reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos
  4. **Transparencia:** Honestidad en el actuar, que muestra la verdad de los hechos
  5. **Humanismo:** Reconocimiento de la trascendencia del ser humano para buscar su bienestar.
  6. **Vocación de Servicio:** Actitud de atención y de resolución de un problema o necesidad
  7. **Cultura Ambiental:** Prestación del servicio con énfasis en el cuidado y la preservación del medio ambiente



Plan de desarrollo 2012 - 2016

## **3** PLAN DE INVERSIONES



De acuerdo a los factores claves de éxito y a los objetivos estratégicos, se formulan los siguientes proyectos de inversión:

### 3.1 PROCESOS MISIONALES

#### 3.1.1 Plan de Inversión 1: IAMI

**PROYECTO:** Fortalecimiento de la estrategia IAMI a través de la puesta en marcha del Banco de Leche Humana y Madre Canguro.

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Atención integral a la primera infancia - Atención integral a la gestante
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Salud Pública – Línea Estratégica: La Infancia y Seguridad Alimentaria y Nutricional
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Fortalecimiento de la estrategia IAMI a través de la puesta en marcha del Banco de Leche Humana y Madre Canguro.
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
En los dos últimos años el Hospital ha venido atendiendo un incremento sustancial del 7% de usuarios recién nacidos en condiciones de prematuridad y bajo peso al nacer, situación clínica que se agrava con la dificultad que se presenta para garantizar la lactancia materna y que se suplimenta con fórmulas lácteas: leche en polvo, fórmulas lácteas prediluidas, con lo cual se incrementa los costos de la atención y no se obtienen los beneficios que implica la lactancia materna exclusiva tales como incremento de las defensas, rápida ganancia de peso corporal por parte del recién nacido. Menor posibilidad de infecciones intrahospitalarias
<b>OBJETIVO:</b>
Brindar una alternativa en el cuidado integral del neonato de alto riesgo con seguimiento y énfasis en salud y nutrición, favoreciendo su pronta integración a la familia con el fin de optimizar su adecuado desarrollo.





### JUSTIFICACION

Siendo el HUDN, la única institución pública de referencia del suroccidente del país, atiende gestantes de alto riesgo, cuyo producto son recién nacidos en condiciones especiales, a los cuales dentro del proceso de atención se les suministra leche maternizada, la cual no cumple las condiciones óptimas nutricionales y bacteriológicas para favorecer el desarrollo integral del recién nacido; por tal razón es indispensable la creación y puesta en marcha del primer banco de leche humana en esta región para garantizar atención segura, cómoda y cálida a los recién nacidos en condiciones especiales.

### POBLACION BENEFICIADA

Población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo

**COSTO APROXIMADO: \$ 361.000.000**

<b>ETAPA DE PREINVERSION:</b>	Estudio de diseño de planos arquitectónicos	<b>15.000.000</b>
<b>ETAPA DE INVERSION:</b>	Adecuación de Infraestructura	<b>216.000.000</b>
	Dotación e instalación de equipo	<b>130.000.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>361.000.000</b>

\*valores de operación y mantenimiento para puesta en marcha del proyecto.

### ESTADISTICAS RELEVANTES

- Disminución en días de estancia intrahospitalaria hasta 8 días (actualmente se tienen datos que indican que la estancia se encuentra en 10.8 días en la unidad neonatal.
- Incremento del porcentaje de neonatos con lactancia materna exclusiva al egreso.
- Ahorro en la compra de leche de fórmula (maternizada) hasta en un 70%
- Número de niños beneficiados del programa nacidos en otras instituciones con programas materno infantiles



### 3.1.2 Plan de Inversión 2: Ambiente Físico - Soporte Terapéutico

**PROYECTO:** Construcción, dotación y puesta en marcha del Centro de Investigaciones del HUDN y servicio de Patología

<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión del conocimiento y la investigación - Mejoramiento de la prestación de servicios
<b>PROGRAMA:</b>
Gestión del conocimiento y la investigación - Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Construcción, dotación y puesta en marcha del centro de investigaciones del HUDN y servicio de Patología
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
<p>El Hospital Universitario Departamental de Nariño, es un hospital con vocación académica, en la que la Investigación y la docencia deben ser la fortaleza.</p> <p>No obstante no existe formalmente la estructura de un sistema de investigación organizado que sustente el título de Hospital Universitario, de tal manera que es necesario que se estructure un sistema formal para la realización de investigaciones que contribuya a liderar, impulsar y apoyar el desarrollo en investigación científica, con el fin de contribuir a la generación de conocimiento a través del desarrollo, ejecución y divulgación de proyectos de investigación, .El HUDN para garantizar el cumplimiento de las condiciones que lo acreditan como Hospital Universitario, debe contar con una base para el trabajo de los diferentes grupos de investigación que se conformen en su interior así como para el desarrollo de las correspondientes actividades académicas inherentes a tal condición</p> <p>Complementariamente se tiene que las instalaciones actuales donde se desarrollan las actividades de análisis patológico no son las adecuadas en cuanto a espacios suficientes, flujo de aire, restricción de circulación y privacidad; se genera hacinamiento y ambiente laboral inadecuado , razón por la cual dentro de este proyecto se contempla el traslado de esta área al igual que su renovación tecnológica, toda vez que muchos de los proyectos de investigación contemplan el componente de estudios patológicos.</p>





<b>OBJETIVO:</b>		
<p>Brindar a la comunidad científica una infraestructura física moderna y adecuada donde pueda funcionar un sistema o estructura de Investigación en las Áreas de la salud, que contribuya al desarrollo de la Investigación, como fuente de creación de conocimiento, de apoyo al desarrollo regional y de cumplimiento de la normatividad específica de Hospital Universitario, además de facilitar la integración de áreas como patología, su renovación tecnológica , lo cual permitirá atender procesos propios de análisis e investigación.</p>		
<b>JUSTIFICACION</b>		
<p>Para dar cumplimiento al artículo 100 de la Ley 1438 de 2011, al igual que a la resolución 3409 de 2012 las instituciones prestadoras de servicios de salud que quieran ser reconocidas como Hospitales Universitarios deberán presentar ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, entre los siguientes documentos</p> <p>Presentación de la solicitud de reconocimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad:</li> <li>2. Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio:</li> <li>3. Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.</li> </ol>		
<b>POBLACION BENEFICIADA</b>		
Personal asistencial del HUDN, instituciones universitarias y comunidad en general		
<b>AREA A INTERVENIR</b>		
1.500 metros cuadrados (construcción)		
<b>COSTO APROXIMADO: \$</b>		
<b>ETAPA DE INVERSION</b>	Adecuación de Infraestructura	<b>2.250.000.000</b>
	Computadores, impresoras, video beam, equipos audiovisuales	<b>68.000.000</b>
	Equipos de oficina	
	Adquisición de equipos Biomédicos: (MICROTOMO (2), ESTACION DE INCLUSION, CRIOSTATO	<b>175.000.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2.493.000.000</b>





### 3.1.3 Plan de Inversión 3: Dotación UCI Neonatal

**PROYECTO:** Modernización tecnológica de Unidad de cuidados intensivos -neonatal UCIN

<b>LINEAS ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Atención integral a la primera infancia
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud - Salud Publica
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Modernización tecnológica de Unidad de Cuidados Intensivos - Neonatal (UCIN)
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
En la actualidad se cuenta con un servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que requiere reposición de equipo biomédico en cuanto a las incubadoras cerradas destinadas a los recién nacidos críticos, por ello se ha contemplado la adquisición de estos equipos para modernizar la tecnología
<b>OBJETIVO:</b>
Modernizar la tecnología biomédica del servicio de UCIN, mediante la reposición de incubadoras cerradas para brindar atención integral al neonato para su óptima recuperación.
<b>JUSTIFICACION</b>
Es indispensable contar con tecnología moderna que contribuya a hacer más efectivos los procesos asistenciales, principalmente en población infantil; los actuales equipos biomédicos han cumplido su vida útil y se han sometido a múltiples reparaciones, lo cual hace necesario su reemplazo, por otra parte es prioritario realizar un fortalecimiento del servicio para atender oportunamente la oferta actual y potencial.
<b>POBLACION BENEFICIADA</b>
Usuarios recién nacidos (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)
<b>COSTO APROXIMADO DE LA ADQUISICION: \$ 950.000.000</b>





### REQUERIMIENTOS INICIALES

- Incubadora de doble pared con kit de balanza y servo control (8)
- Lámpara de calor radiante (2)
- Monitores de signos vitales sin presión invasiva (8)
- Monitores de signos vitales con presión invasiva (2)
- Lámpara de fototerapia (10)
- Equipo de ventilación Neonatal de alta frecuencia (1)
- Equipo de ventilación Neonatal BÁSICO (1)

### 3.1.4 Plan de Inversión 4: Apoyo Diagnostico

**PROYECTO:** Ampliación, remodelación y dotación de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud – Riesgos Profesionales
<b>LINEA DE INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud - Gestión del Ambiente Físico
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Ampliación y remodelación Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
Las instalaciones actuales donde se desarrollan las actividades de laboratorio y banco de sangre no son las adecuadas en cuanto a espacios, flujo de aire, restricción de circulación y privacidad; se genera hacinamiento y ambiente laboral inadecuado. Los equipos con los cuales cuenta el hospital cuentan con varios años de uso que limita su vida útil, además de no disponer de la propiedad de los principales equipos que se encuentran en comodato, situación que además influye en los costos de operación ya que la contraprestación con las entidades comodatarias es la adquisición exclusiva de reactivos y de insumos. Por otra parte las condiciones para la toma de muestras de los pacientes en condiciones de respeto por la dignidad humana y la privacidad al igual que las condiciones de





comodidad son causa frecuente de manifestaciones de inconformidad por parte de los usuarios y sus familias

**OBJETIVO:**

Mejorar la prestación de servicios al usuario en el Laboratorio Clínico y banco de sangre brindando al trabajador las condiciones óptimas y confortables en espacios físicos y ambiente de trabajo, con tecnología moderna para el óptimo desempeño de sus procesos clínicos y administrativos. Brindar a la comunidad la seguridad de disponer en óptimas condiciones de recolección, procesamiento, conservación y distribución de los diferentes hemoderivados. Disponer de la mejor tecnología para el desarrollo de las pruebas de laboratorio requeridas como apoyo diagnóstico

**JUSTIFICACION**

El HUDN, actualmente cuenta ,para la prestación del servicio de laboratorio clínico, con un área la cual necesariamente debe ser adecuada a los requerimientos que representan la ampliación de la capacidad instalada del Hospital , con el objeto de garantizar las condiciones de seguridad industrial , salud ocupacional , comodidad para los pacientes, privacidad en la toma de muestras, respeto por la dignidad humana, para lo cual mediante este proyecto se plantea intervenir los espacios físicos destinado a laboratorio clínico y banco de sangre, mejorando tanto las zonas destinadas a la atención propiamente dicha de nuestros usuarios como al procesamiento de las muestras y por ende la interacción con las demás dependencias.

**POBLACION BENEFICIADA**

Todos los usuarios del Hospital (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)

**AREA A INTERVENIR**

483 Metros cuadrados (Ampliación)

**COSTO APROXIMADO: \$ 1.579.200.000**

ETAPA DE PREINVERSION:	Infraestructura	1.159.200.000
ETAPA DE INVERSION:	refrigerada	420.000.000
	congelado	
	12 tubos (2)	
<b>TOTAL</b>		<b>1.579.200.000</b>





### 3.1.5 Plan de Inversión 5: Servicio Farmacéutico

**PROYECTO: Adecuación de infraestructura y dotación de la Central de Mezclas**

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud.
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud - Gestión del Ambiente Físico
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Adecuación de infraestructura de la central de Mezclas
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
La Central de Mezclas del Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario Dptal. de Nariño, no cumple con los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y verificados por el INVIMA para la certificación en la producción de medicamentos en BPE
<b>OBJETIVO:</b>
Cumplir con los requerimientos de infraestructura y equipos para lograr la certificación en buenas prácticas de elaboración (BPE) ante el INVIMA, habilitando los procesos de re - empaque, re - envase, ajuste de dosis y preparación de magistrales.
<b>JUSTIFICACION</b>
El Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE, requiere de la remodelación de la central de mezclas y de su sistema de aire estéril de tal manera que cumpla con las Especificaciones técnicas de la norma que emana del Ministerio de Protección social y que su cumplimiento es verificado por el INVIMA, quien otorga la certificación en buenas prácticas de elaboración para que el Servicio Farmacéutico quede habilitado para llevar a cabo las actividades de adecuación y ajuste de dosis, re empaque, reenvaso y preparaciones magistrales en el marco de la norma que rige el que hacer del servicio farmacéutico, decreto 2200 de 2005 y Resolución 1403 del 2006, este servicio debe desarrollar unas funciones de tipo general y unas funciones de tipo especializado
<b>POBLACION BENEFICIADA</b>
Todos los usuarios del Hospital (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)



AREA A INTERVENIR		
124 Metros cuadrados (Adecuación)		
COSTO APROXIMADO: \$ 486.303.469		
ETAPA DE INVERSION:	Infraestructura	\$ 348.399.869
	Equipos de Aire Estéril	\$ 137.903.600

### 3.1.6 Plan de Inversión 6: Quirófanos

**PROYECTO:** Ampliación, remodelación y dotación de la central de Esterilización

LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud
PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL
Subprograma: Prestación de servicios de salud.
LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud - Gestión del Ambiente Físico
PROGRAMA:
Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
PROYECTO:
Ampliación, remodelación y dotación de la central de Esterilización
IDENTIFICACION DEL PROBLEMA
La central de esterilización con la que se cuenta hoy en día en la organización se encuentra obsoleta, presenta un deterioro arquitectónico, y oportunidades de mejora para su organización y funcionamiento. Viene en operación desde hace aproximadamente 35 años en el edificio antiguo y principal del HUDN. Estas circunstancias hacen que en la actualidad el servicio no cumpla con los estándares establecidos por la cultura institucional interna que prevalece en el HUDN y en los servicios a los cuales presta sus servicios.





<b>OBJETIVO:</b>				
<p>Dar cumplimiento a la normatividad vigente con relación a los servicios de esterilización de la organización garantizando la generación de espacios acordes a las necesidades actuales del HUDN con proyección a la incorporación de nuevas tecnologías en equipos y software en beneficio de la seguridad hospitalaria en la reducción de riesgos y tiempos de espera garantizando la completa esterilización que contribuya a la disminución de riesgos en cirugías realizadas en el HUDN.</p>				
<b>JUSTIFICACION</b>				
<p>Considerando que la esterilización de instrumental e insumos es vital para la prestación del servicio de cirugía y otros dentro del Hospital, adquiriendo el carácter obligatorio, toda vez que dicha práctica es reconocida como factor protector para la salud y seguridad del paciente en las empresas prestadoras de servicios de salud, es indispensable realizar la adecuación de un espacio físico apropiado y la modernización de equipos para la central de esterilización del HUDN; lo cual permitirá desarrollar adecuadamente los procesos médicos propios del servicio.</p>				
<b>POBLACION BENEFICIADA</b>				
<p>Todos los usuarios del Hospital (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)</p>				
<b>AREA A INTERVENIR</b>				
<p>457 Metros cuadrados (Adecuación) EN EL SEGUNDO PISO DEL AREA VIEJA</p>				
<b>COSTO APROXIMADO: \$ 1.286.753.800</b>				
<b>ETAPA DE INVERSION:</b>	Infraestructura	<b>\$ 826.753.800</b>		
	Equipos biomédicos:	<b>\$ 460.000.000</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Maquina termodesinfectora de dos puertas</li> <li>· Pistola de aire comprimido</li> <li>· Secador de instrumentos de anestesia</li> <li>· Equipo de esterilización doble puerta</li> </ul>			
	<b>TOTAL</b>		<b>\$ 1.286.753.800</b>	



### 3.1.7 Plan de Inversión 7: Urgencias

**PROYECTO:** Adecuación, remodelación y dotación del área del servicio de Urgencias

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud.
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud - Gestión del Ambiente Físico
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Adecuación y remodelación del área del servicio de Urgencias
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
Las instalaciones del servicio de urgencias no cuenta con suficiente dotación y áreas destinadas a servicios específicos como procedimientos menores, sala de yesos, sala ERA y sala de egresos, lo cual afecta la practica medica y la satisfacción del usuario en aspectos como oportunidad en procedimientos menores y egresos, privacidad de la atención y comodidad en el servicio. Por otra parte , se observa estancias prolongadas injustificadas de pacientes con egresos autorizados por el médico tratante pero no realizados en forma oportuna, de ahí la necesidad de generar espacios amigables para los pacientes y sus familias ad portas de su egreso de la institución
<b>OBJETIVO:</b>
Incrementar la satisfacción del cliente de los servicios de urgencias contando con áreas adecuadas y dotación para la atención de pacientes y realización de procedimientos con pertinencia, calidad, oportunidad y seguridad.
<b>JUSTIFICACION</b>
El HUDN, actualmente cuenta con la prestación del servicio de urgencias de mediana complejidad en un área nueva y adecuada, sin embargo por el gran número de pacientes que se atienden, por el nivel de violencia existente ocasionada por la inseguridad, los problemas de orden público, los frecuentes enfrentamientos con grupos al margen de la Ley y los accidentes de tránsito, se hace necesario contar con una sala de procedimientos menores, sala de yesos, sala ERA y sala de egresos para garantizar una atención oportuna, ágil, con privacidad y seguridad a los usuarios.



Estos ambientes requieren de unas condiciones especiales en su infraestructura de tal forma que se cumpla con la normatividad vigente y se garantice bioseguridad a los usuarios y al cliente interno. Al mismo tiempo se facilita los procedimientos de egreso y mejores indicadores de giro cama

**POBLACION BENEFICIADA**

Todos los usuarios del Hospital (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)

**AREA A INTERVENIR**

275 Metros cuadrados (Adecuación)

**COSTO TOTAL APROXIMADO: \$ 585.000.000**

		<b>555.000.000</b>
<b>ETAPA DE INVERSION:</b>	<b>Infraestructura</b>	
	<b>Mobiliario y equipos</b>	
	<b>audiovisuales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Un puesto de trabajo</li> <li>· Sillas reclinables</li> <li>· computadores (3)</li> <li>· Televisor</li> <li>· Puesto de trabajo</li> </ul>	<b>60.000.000</b>
	<b>Médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Equipos biomédicos:</li> <li>· 2 camillas</li> <li>· Nebulizadores</li> <li>· Platos metálicos</li> </ul> para preparación de yeso	
<b>TOTAL</b>		<b>615.000.000</b>





### 3.1.8 Plan de Inversión 8: Consulta Externa

**PROYECTO:** Adecuación, remodelación y dotación del área de Consulta Externa

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud.
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud - Gestión del Ambiente Físico
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Adecuación , remodelación y dotación del área Consulta Externa
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
Las instalaciones del servicio de consulta externa no cuentan con dotación y áreas destinadas a servicios específicos como sala de procedimientos menores, lo cual afecta la práctica médica y la satisfacción del usuario en aspectos como oportunidad en procedimientos menores, privacidad de la atención, comodidad en el servicio y optimización de recursos. Por otra parte se requiere la adecuación y dotación de un consultorio oftalmológico que permita la valoración de los pacientes ya que el existente se copa fácilmente con los requerimientos de urgencias. De igual manera la demanda de servicios como centro de referencia de Nariño y Putumayo
<b>OBJETIVO:</b>
Mejorar el servicio de consulta externa a través de la dotación y adecuación de un área para la realización de procedimientos menores, que garantice oportunidad, privacidad y comodidad al cliente usuario. <b>De igual manera se persigue brindar una mayor oportunidad y cobertura del servicio de oftalmología</b>
<b>JUSTIFICACION</b>
El HUDN, actualmente cuenta con la prestación del servicio de consulta externa en un área nueva y adecuada, sin embargo por el gran número de pacientes que se atienden, por el nivel de violencia existente ocasionada por la inseguridad, los problemas de orden público, los frecuentes enfrentamientos con grupos al margen de la Ley, los accidentes de tránsito y la frecuente ocupación del las salas de quirófanos, se hace necesario contar con una sala de procedimientos menores, para garantizar una atención oportuna, ágil, con privacidad y seguridad a los usuarios.



Estos ambientes requieren de unas condiciones especiales en su infraestructura de tal forma que se cumpla con la normatividad vigente y se garantice bioseguridad a los usuarios y al cliente interno; por otra parte es preciso manifestar que las salas quirúrgicas demandan costos superiores a diferencia de contar con una sala de procedimientos en el servicio.

**POBLACION BENEFICIADA**

Todos los usuarios del Hospital (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)

**AREA A INTERVENIR**

60 Metros cuadrados (Adecuación)

**COSTO TOTAL APROXIMADO: \$ 153,000,000**

<b>ETAPA DE INVERSION:</b>	<b>Infraestructura</b>	<b>138.000.000</b>
	<b>Mobiliario y equipos</b> <b>audiovisuales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Un puesto de trabajo</li> <li>· computadores (3)</li> </ul> <b>Equipos biomédicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· camillas (1)</li> <li>· Equipos de Pequeña</li> </ul> <b>Equipos Oftalmológicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Vitrina (1)</li> </ul> Lámpara de hendidura con tonómetro de aplanamiento unidad oftalmológica proyector oftalmológico	<b>75.000.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>213.000.000</b>





### 3.1.9 Plan de Inversión 9: Ampliación Portafolio de Servicios

**PROYECTO:** Fortalecimiento de la tecnología de los servicios de Ayudas Diagnosticas a través de la adquisición de un intensificador de imágenes y un mamografo, equipos que permitirán ofrecer nuevos servicios como cirugía de columna e implementación de la clínica de mama.

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Programa de detección y tratamiento oportuno del cáncer - Programa de enfermedades crónicas- Programa de atención de Urgencias
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud – Salud Publica- Emergencias y desastres
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud.
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de la dotación hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Fortalecimiento de la tecnología de los servicios de Ayudas Diagnosticas a través de la adquisición de un intensificador de imágenes y un mamografo, equipos que permitirán ofrecer nuevos servicios como cirugía de columna e implementación de la clínica de mama.
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
El HUDN no cuenta con la dotación hospitalaria necesaria y adecuada en el servicio de ayudas diagnosticas, que permitan una intervención oportuna de las lesiones benignas y malignas de seno y otros procedimientos como cirugía de columna, que posteriormente causan grandes discapacidades, incapacidad y muerte a la población, por lo tanto se hace prioritario adquirir equipos que apoyen el diagnostico y el tratamiento de este tipo de patologías.
<b>OBJETIVO:</b>
Brindar una mejor oferta de servicios y ampliar el portafolio, a través del fortalecimiento de la tecnología en el servicios de apoyo diagnostico, generando soluciones efectivas a las necesidades de salud de la población.
<b>JUSTIFICACION</b>



En el departamento de Nariño una de las principales causas de muerte es la población femenina es el cáncer de cuello uterino con una tasa de 6.56 muertes por cien mil mujeres, seguido de cáncer de seno con una tasa de 5.38 por cien mil mujeres, esto se presenta por falta de oportunidad en el diagnóstico y como segunda causa la falta de oportunidad en el tratamiento definitivo una vez diagnosticadas las lesiones premalignas. Con la implementación de estos programas se busca disminuir las muertes y complicaciones por estas causas, al igual que disminuir los costos de los tratamientos, incapacidad más los costos sociales. Por otra parte el HUDN, actualmente cuenta con especialista en cirugía de columna y no se pueden realizar los procedimientos quirúrgicos de alta complejidad de esta especialidad por no contar con este equipo, lo que prolonga la estancia de los pacientes, requiriendo remitirlos a otras IPS, lo que incrementa el riesgo en los pacientes y afecta la rentabilidad del servicio. Los equipos existentes no brindan las condiciones óptimas para las actividades propias de la especialidad.

**POBLACION BENEFICIADA**

Todos los usuarios del Hospital (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)

**COSTO APROXIMADO: \$ 980.000.000**

<b>ETAPA DE INVERSION:</b>	Adquisición de tecnología biomédica	
	- Mamógrafo Digital	<b>480.000.000</b>
	- Intensificador de Imágenes	<b>500.000.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>980.000.000</b>



### 3.1.10 Plan de Inversión 10: Servicio de Urgencias

**PROYECTO:** Adquisición de Ambulancias de Transporte Asistencial Básico TAB y transporte asistencial medicalizado TAM y para traslado de personal para actividades extramurales

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud – Gestión del Riesgo
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud.
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de infraestructura y dotación Hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Adquisición de Ambulancia de transporte asistencial básico TAB y transporte asistencial medicalizado TAM y renovación parque automotor
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
Para traslado asistencial básico solamente se cuenta con una ambulancia tipo campero marca Toyota OHK 486, modelo 2001 la cual en el 2013, no podría ser habilitada por sobrepasar su vida útil estimada en 10 años. La demanda de servicios de TAM hace que en la actualidad al contar con solamente una unidad de este tipo, muchos servicios deben ser derivados a la competencia. La ciudad de Pasto, requiere de ambulancias de atención pre hospitalaria y traslado medicalizado a fin de asegurar un adecuado y oportuno servicio. El habilitar el servicio de traslado integral, le puede traer beneficios económicos a la institución para su propio fortalecimiento y ampliación. Por otra parte los vehículos destinados para el servicio administrativo corresponden a modelos que han cumplido su vida útil tales como Automóvil Mitsubishi modelo 95 , Camioneta Toyota doble cabina Modelo 2005 , cuyos costos de mantenimiento se vienen incrementando y su operación pone en riesgo potencial a los trabajadores que en ellos se desplacen.
<b>OBJETIVO:</b>
Fortalecer la prestación del servicio de transporte asistencial de usuarios, a través de la adquisición de dos ambulancias (TAM y TAB) y la renovación del parque automotor institucional.
<b>JUSTIFICACION</b>



La norma de habilitación vigente del SGSSS exige la estandarización del servicio de ambulancia de referencia y de atención pre hospitalaria, siendo indispensable renovar y ampliar el parque automotor a fin de prestar un excelente servicio. El Hospital, se encuentra implementando el proceso de referencia y contra referencia acorde con la modernidad y requerimientos comunales, que deben ser solucionados a menor brevedad asegurando un servicio integral.

<b>POBLACION BENEFICIADA</b>		
Todos los usuarios del Hospital (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)		
<b>COSTO APROXIMADO: \$ 480.000.000</b>		
<b>TALENTO HUMANO</b>	Ambulancia TAB	<b>\$ 140.000.000</b>
	Ambulancia TAM	<b>\$ 190.000.000</b>
<b>ETAPA DE INVERSION:</b>	Buseta tipo van	<b>\$ 80.000.000</b>
	Automóvil- Camioneta	<b>\$ 70.000.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 480.000.000</b>

### 3.1.11 Plan de Inversión 11: Servicio de Urgencias – Emergencias y Desastres

**PROYECTO:** Adquisición de Hospital de Campaña para área de expansión Hospitalaria intra y extra institucional.

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud – Gestión del Riesgo
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud.
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de infraestructura y dotación Hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Adquisición de Hospital de Campaña para área de expansión Hospitalaria intra y extra institucional
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>



De acuerdo a la cercana probabilidad y posibilidad de que se presente una catástrofe por terremoto, o erupción volcánica en el departamento de Nariño, es conveniente contar con elementos disponibles a fin de ampliar las áreas de expansión hospitalaria, con módulos y logística que asegure una mayor e inmediata cobertura en el perímetro del Hospital u otra jurisdicción que se requiera apoyar.

**OBJETIVO:**

Dotar de infraestructura móvil y dotación para la respuesta oportuna y efectiva a emergencias y desastres

**JUSTIFICACIÓN**

Una catástrofe de magnitud no da espera a la consecución de recursos, estos deben permanecer disponibles, accesibles, con características de fácil movilidad, asépticos, modulares, propicios para ser instalados a la intemperie, dotados con equipos de atención básica, iluminación, baterías sanitarias y de estadía para 50 usuarios críticos diferibles.

Bajo esta premisa, consideramos la urgencia de contar y mantener una logística que permita atender oportunamente con garantía de superación y recuperación de los pacientes para los casos pronosticados e inventariados en esta región, siendo prudente solicitar la logística, la cual permita recepcionar y atender 250 personas

**POBLACION BENEFICIADA**

Todos los usuarios del Hospital (población del departamento de Nariño, sur del Cauca y Norte del Putumayo)

**COSTO APROXIMADO: \$ 550.000.000**

**DESCRIPCION DE ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR EN EL PROYECTO**

1. Construcción de la bodega de emergencias dentro del perímetro del hospital, (5 x 15 mts) en la cual se mantengan los elementos de implementación de las áreas de expansión hospitalaria, con especificaciones que garanticen la custodia, mantenimiento y amplitud, dotada de andamios metálicos.
2. diez (10) carpas en lona y estructura metálica desarmables, de 5 x 10 metros, destinadas a pacientes críticos diferibles (amarillos) y trabajos multipropósito como observación, aislamientos, recolección de sangre, vacunación, consultas.
3. tres (3) carpas de paredes inflables con aislamiento ambiental, destinadas a pacientes críticos recuperables, trabajos de parto, pequeñas cirugías.
4. doscientos (200) catres plegables metálicos y lona, destinados a las áreas de expansión intra hospitalarias (pacientes críticos diferibles).
5. cincuenta (50) camillas estáticas, destinadas a las áreas de expansión intra hospitalarias (pacientes críticos recuperables).
6. cincuenta (50) camillas rígidas de madera, destinadas a la evacuación de pacientes (giro – cama) en caso de evacuación de los servicios de hospitalización.
7. cinco (5) carros de paro (reanimación) con dotación de equipos para 20 víctimas cada uno.
8. diez (10) monitores de signos vitales multiparametro
9. veinte (20) equipos de órganos





- |   |
|---|
| 10. un equipo portátil de iluminación y generador de energía para el área perimetral de expansión hospitalaria (carpas) compuesto de dos (2) plantas portátiles 5kw, veinte (20) extensiones encauchetadas 3 x 12, tomas, boquillas tipo canastilla y reflectores alójenos. |
| 11. tres (3) baterías sanitarias portátiles con accesorios hidráulicos.   |
| 12. una (1) piscina plástica para reserva de agua potable y extensiones de manguera tipo jardín.  |
| 13. una (1) motobomba portátil con manguera flexible de expulsión y succión.  |
| 14. diez (10) equipos de sutura y pequeña cirugía.  |
| 15. diez (10) equipos portátiles de radio banda VHF, marca ICOM 16 canales.   |



### 3.1.12 Plan de Inversión 12: GIT Soporte Terapéutico – Servicio de Oncología

**PROYECTO:** Implementación de servicios de Radioterapia y Radiocirugía a través de la Adquisición y puesta en marcha de un acelerador lineal.

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Programa de detección y tratamiento oportuno del cáncer
<b>DIMENSION PRIORITARIA PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Prestación de servicios de salud - Salud Publica
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud
<b>PROGRAMA</b>
Mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
<b>PROYECTO</b>
Implementación de servicios de Radioterapia y Radiocirugía a través de la Adquisición y puesta en marcha de un acelerador lineal.
<b>OBJETIVO</b>
Brindar a la población los servicios de Radioterapia y Radiocirugía basado en alta tecnología, utilizando un acelerador lineal lo cual brindara seguridad en el tratamiento del paciente Oncológico. Disminuir los índices de morbilidad asociados a estas patologías, al igual que incrementar la sobrevida del paciente aumentando con ello sus AVISAs.
<b>PRESENTACIÓN.</b>
En aras de asegurar la prestación efectiva del servicio público de la salud, con criterios de oportunidad, seguridad y calidad, el <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.</b> , requiere ofertar servicios de radioterapia más efectivos y competitivos en el mercado, para lo cual se hace necesario adquirir un dispositivo que utilice ondas electromagnéticas de alta frecuencia para acelerar Partículas cargadas como los electrones a altas energías por medio de una guía de onda, como lo es el acelerador lineal para el tratamiento de tumores; EL acelerador de alta energía puede ser utilizado para el tratamiento superficial de tumores o para el tratamiento de tumores profundos; ofreciendo a los usuarios la probabilidad de un tratamiento curativo.
<b>JUSTIFICACIÓN</b>
El acelerador lineal es un equipo que permite el tratamiento de tumores malignos mediante la emisión de radiación de fotones o electrones. En la actualidad, los equipos conforman o moldean el campo de irradiación a través de un sistema de multiláminas (MLC) que son indispensables para realizar la modulación del haz de irradiación en un tratamiento de Radio Terapia de intensidad modulada (IMRT). La modulación del haz permite que la dosis de irradiación se adapte a la anatomía de los volúmenes deseados, con lo que se consigue disminuir la radiación de los órganos sanos y aumentarla en el tejido enfermo. Con las minimultiláminas podemos hacer



modulación de la intensidad del haz de irradiación sobre volúmenes más pequeños lo que posibilita un mayor número de irradiaciones; el acelerador lineal a adquirir, además de tratar cualquier tipo de localización tumoral, resultara especialmente útil para Radiocirugía Estereotaxica donde se tratan numerosas patologías intracraneanas y extracraneanas de naturaleza vascular, oncológica y funcional, ya sea como alternativa, o en asociación a la cirugía convencional y la radioterapia externa fraccionada.

Por último, permite realizar tratamientos convencionales de radioterapia tridimensional y modulada con láminas convencionales, complementando el servicio de Oncología. Dentro de los beneficios de este tipo de tratamientos se destaca mayor precisión de las dosis de radiación utilizadas, menor exposición de órganos sanos aledaños a la zona del tumor, menos efectos colaterales y mayor efectividad del tratamiento.

#### IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Los Usuarios Oncológicos del Hospital Universitario Departamental de Nariño, reciben tratamiento de Radioterapia con tecnología basada en una fuente de Cobalto 60, sin control de calidad en paciente específico.

#### DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por una división y crecimiento descontrolado de las células. Dichas células poseen la capacidad de invadir el órgano donde se originaron, de viajar por la sangre y el líquido linfático hasta otros órganos más alejados y crecer en ellos. La palabra cáncer es un término muy amplio que abarca más de 200 tipos de enfermedades (tumores malignos). Cada uno de ellos posee unas características particulares; en algunos casos son completamente diferentes al resto de los otros cánceres, pudiendo considerarse enfermedades independientes con sus causas, su evolución y su tratamiento específico.

#### VIDA UTIL DEL EQUIPO

Promedio 15 Años

#### COSTO DE MANTENIMIENTO

Anual después del segundo año es de trescientos ochenta millones de pesos (\$380.000.000.oo)

#### RENTABILIDAD Y PRODUCTIVIDAD:

el servicio de radioterapia cuenta con una rentabilidad anual de:

AÑO REFERENCIA	PRODUCCION	COSTO	UTILIDAD O DEFICIT	RENTABILIDAD
2010	756.380.195	569.943.291	186.436.903	24%
2011	924.900.923	893.692.978	31.207.945	3.5%
2012 (corte julio)	554.428.839	517.855.751	36.573.088	6.6%



El número de pacientes actual en el servicio de radioterapia del Hospital Universitario Departamental de Nariño es 30 pacientes nuevos mes, serán 1.5 pacientes nuevos día, solo pensando en la actualidad que manejamos un porcentaje del 83% subsidiado, proyectando un incremento de 3 pacientes nuevos día con un acelerador por ende serian un promedio de 60 pacientes nuevos mes.

**VOLUMEN:** El fortalecimiento pretendido con la adquisición del nuevo equipo daría lugar por ende a una mayor cobertura en la atención por su nivel de respuesta, proyectada a mínimo realizar 3 RADIOTERAPIAS NUEVAS diarias.

**POBLACION OBJETIVO**

Un criterio común en los servicios de salud a nivel mundial es que se cuente con un acelerador lineal por cada 500.000 habitantes y teniendo en cuenta que el estimativo de prevalencia de cáncer se encuentra mundialmente en 5.7%, se debería considerar que en el Departamento de Nariño con una población de 1.747.712 habitantes, se cuente por lo menos con tres aceleradores en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud y por lo menos con uno que atienda a los actuales usuarios.

**Proyección Servicio Radioterapia Hospital Universitario Departamental de Nariño con Acelerador Lineal Capaz De Realizar Radioterapia Y Radiocirugía**

**FUTUROS INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS:**

Perspectiva pacientes mes: 55 (Incremento contemplado - competitividad)

Perspectiva pacientes radio cirugía mes: 2

Proyección de técnicas con acelerador así:

60% : 33 pacientes: Radioterapia Conformal 3D

10% : 06 pacientes: Radioterapia básica (como la contemplada en tarifario Soat)

15% : 08 pacientes: IMRT (RADIO TERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA 3D)

15% : 08 pacientes: IGRT( RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES)

**Valores tomados para cálculo:**

Radioterapia Conformal 3D : \$5.200.000oo

IMRT: \$7.200.000.oo

IGRT: \$6.400.000.oo (Valor propuesto)

Terapia básica: \$2.400.000.oo

Radio cirugía: \$16.000.000 .oo.





SERVICIOS A PRESTAR	INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS 2013			
	No. PACIENTES MES	TARIFA	VALOR MENSUAL	VALOR AÑO
RADIOTERAPIA CONFORMAL 3D	33	\$ 5.408.000	178.464.000	2.141.568.000
RADIOTERAPIA IGRT	8	\$ 6.656.000	53.248.000	638.976.000
RADIOTERAPIA IMRT	8	\$ 7.488.000	59.904.000	718.848.000
RADIOCIRUGIA	2	\$ 16.640.000	33.280.000	399.360.000
RADIOTERAPIA BASICA	6	\$ 2.496.000	14.976.000	179.712.000
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>\$ 38.688.000</b>	<b>339.872.000</b>	<b>4.078.464.000</b>
<b>TOTAL AÑO (con proyección de aumento de pacientes): \$ 4.078.464.000.00</b>				
COSTO DEL PROYECTO				
<b>ETAPA DE PREINVERSION:</b>	Estudio de Suelos, diseño de planos arquitectónicos		<b>\$ 65.772.000</b>	
<b>ETAPA DE INVERSION:</b>	Adecuación de Infraestructura		<b>\$ 1.150.000.000</b>	
	Dotación e instalación de equipo		<b>\$ 6.200.000.000</b>	
<b>ETAPA DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO</b>	Mantenimiento de equipo Biomédico para su normal operación		<b>\$ 380.000.000*</b>	
	Servicios públicos domiciliarios		<b>\$ 11.780.000*</b>	
	Personal Profesional y Especializado		<b>\$ 218.712.000*</b>	
	Personal Técnico y auxiliar		<b>\$ 47.028.000*</b>	
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 7.415.772.000</b>	
<b>*Valores promedio año que no se tienen en cuenta en la inversión inicial del proyecto</b>				
ESTADISTICAS RELEVANTES				
Disminución hasta en un 90% de dermatitis en paciente con Ca de mama				
Disminución hasta en un 80% de Esofagitis en pacientes con tratamiento de Rx				
Disminución hasta en un 80% de Mucositis en pacientes con cáncer de cabeza y cuello con tratamiento de Rx				
El 100% de pacientes electos para Radiocirugía serán ambulatorios.				
Se irradiara el 100% de pacientes que necesiten tratamiento de radioterapia en posición sentado.				
Incremento de las tarifas de los servicios hasta en un 150%				



### 3.2 PROCESOS ESTRATÉGICOS Y DE APOYO

#### 3.2.1 Plan de Inversión 13: Ambiente Físico

**PROYECTO:** Construcción de área Administrativa del HUDN

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud - Salud ambiental y entornos saludables
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión en la Prestación de Servicios de Salud - Gestión del Ambiente Físico
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de infraestructura y dotación Hospitalaria
<b>PROYECTO:</b>
Construcción de área administrativa del HUDN
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
Los espacios actuales donde se desarrollan las actividades administrativas se encuentran dispersas y no permiten tener una interacción oportuna y adecuada, generando demoras e interrupción de procesos y procedimientos
<b>OBJETIVO:</b>
Contar con infraestructura adecuada y suficiente para el desarrollo de procesos administrativos del personal del Hospital Universitario Departamental de Nariño.
<b>JUSTIFICACION</b>
Es necesario contar con una infraestructura acorde a las necesidades del Hospital y que faciliten la labor de cada uno de los funcionarios del área administrativa, que exista secuencia de procesos y de dependencias para generar mejor oportunidad en la toma de decisiones y en la reacción a la presencia de eventualidades.
El HUDN, posee un área de expansión donde se puede llevar a cabo una ampliación de infraestructura; principalmente para administración.



<b>POBLACION BENEFICIADA</b>
Personal administrativo del HUDN, Clientes internos y externos.
<b>AREA A INTERVENIR</b>
1.800 metros cuadrados (construcción)
<b>COSTO APROXIMADO: \$1 .800.000.000</b>

### 3.2.2 Plan de Inversión 14: Sistemas de Información.

**PROYECTO:** Renovación y Adquisición del hardware de la Organización

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud.
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud.
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión de la información y las comunicaciones.
<b>PROGRAMA:</b>
Mejoramiento de la Infraestructura Informática Hospitalaria.
<b>PROYECTO:</b>
Renovación y Adquisición del hardware de la Organización
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
El tiempo de vida útil de los equipos de cómputo han culminado y es necesario renovar esta tecnología ya que con esta renovación permitirá mejorar el tiempo de respuesta en las diferentes actividades tanto asistenciales como administrativas logrando así una satisfacción de nuestros usuarios tanto internos como externos.



OBJETIVO:		
Renovar la infraestructura de hardware suficiente y eficientemente de tal forma que permita el procesamiento, análisis y generación de información en tiempo real tanto asistencial como administrativa y adecuada para la toma de decisiones gerenciales, brindando así un eficiente servicio a nuestros grupos de interés		
JUSTIFICACION		
El HUDN, actualmente cuenta con parte de la infraestructura informática obsoleta poco amigable con el quehacer de la institución, además con la implementación de la historia clínica digital y sus interfaces , requiere continuidad y confiabilidad de la información, características que actualmente son debilidades en nuestro proceso; por otra parte el hardware debe ser constantemente actualizado, por lo que 177 equipos cumplieron su vida útil y presentan obsolescencia, además de la adquisición de servidores, equipos de computo, portátiles y herramientas de cableado estructurado como acces point, switch abarcando toda el área de la organización .		
POBLACION BENEFICIADA		
Personal del HUDN y sus partes interesadas.		
COSTO APROXIMADO: \$ 960.358.000		
	Adquisición de hardware	960.358.000
<b>TOTAL</b>		<b>960.358.000</b>

### 3.2.3 Plan de Inversión 15: Sistemas de Información

**PROYECTO:** Actualización y Licenciamiento del software de la organización HUDN

LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud.
PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL
Subprograma: Prestación de servicios de salud.
LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL
Gestión de la información y las comunicaciones.



<b>PROGRAMA:</b>		
Mejoramiento de la Infraestructura Informática Hospitalaria.		
<b>PROYECTO:</b>		
Actualización y Licenciamiento del software de la organización HUDN		
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>		
<p>El HUDN, cuenta actualmente con un software parcialmente legalizado y es necesario legalizarlo en su totalidad con Licenciamientos para Empresas Sociales del Estado con el fin de cumplir con la Normatividad Vigente en materia de respeto por los derechos de autor, y de igual manera brindarle a los usuarios internos y externos de la organización herramientas que permitan optimizar sus actividades diarias. Por otra parte, las continuas fallas que evidencia en su operación el Software Dinámica Gerencial Hospitalaria, es necesario realizar la auditoría externa que permitirá tener un punto de vista objetivo sobre la necesidad de su optimización o renovación, principalmente por las inconsistencias y falta de unidad y confiabilidad de los reportes generados al igual que deficiente trazabilidad de la factura. Por último se evidencia que al momento de reportar la información financiera ( contable y presupuestal) a los entes de control) existen inconsistencias que incluso son motivo de requerimientos de aclaraciones por los mismos y el inicio de investigaciones fiscales y disciplinarias</p>		
<b>OBJETIVO:</b>		
<p>Legalizar el software existente y brindar a los usuarios de la organización herramientas para desempeñar sus procesos y subprocesos de manera eficiente y eficaz, protegiendo a la organización de posibles incumplimientos por la normatividad de Legalización de software. De igual manera contar con un sistema de información confiable en sus diferentes módulos logrando así ser una herramientas para la toma de decisiones.</p>		
<b>JUSTIFICACION</b>		
<p>El HUDN debe contar con todas sus unidades informáticas debidamente licenciadas, al mismo tiempo se hace necesario verificar la confiabilidad de la información por los software en operación al interior de la Organización , para evitar reportes inconsistentes a los entes de control al igual contar con las suficientes herramientas y datos para la toma de decisiones empresariales financieras que garanticen la sostenibilidad de la Institución</p>		
<b>POBLACION BENEFICIADA</b>		
Personal del HUDN y sus partes interesadas.		
<b>COSTO APROXIMADO: \$ 408.000.000</b>		
<b>ETAPA DE INVERSION:</b>	Auditoria al software operado por el Hospital.	<b>90.000.000</b>
	Licenciamiento de software	<b>318.000.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>408.000.000</b>



### 3.2.4 Plan de Inversión 16: Gestión Ambiental

**PROYECTO:** Adquisición de Equipo (Autoclave) de Alta eficiencia para desactivación de residuos hospitalarios (biosanitarios) - Construcción tanques de almacenamiento de agua (potable y lluvia)

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud.
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Línea Estratégica: Salud ambiental y entornos saludables
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión del Ambiente Físico - Gestión del Desarrollo Sostenible.
<b>PROGRAMA:</b>
Sistemas de Gestión Integral de Calidad.
<b>PROYECTO:</b>
Adquisición de Equipo (Autoclave) de Alta eficiencia para desactivación de residuos hospitalarios (biosanitarios) - Construcción tanques de almacenamiento de agua (potable y lluvia)
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
El Hospital Universitario Departamental de Nariño, no cuenta con una planta de tratamiento para la disposición final de residuos hospitalarios para lo cual debe contratar con terceros por medio de incineración contribuyendo a la emisión de gases y a realizar grandes inversiones.
El Hospital con los tanques de almacenamiento de agua que dispone no alcanza a abastecer 72 horas de suministro en caso de una eventualidad.
<b>OBJETIVO:</b>
Contar con una planta de tratamiento de residuos biosanitarios que permita disminuir el costo de disposición final y la contaminación atmosférica así como también garantizar el suministro de agua para consumo y minimizar el uso del recurso hídrico con el aprovechamiento de aguas lluvias.
<b>JUSTIFICACION</b>
El HUDN en la ejecución de sus diferentes actividades, encaminadas a la prestación de servicios de salud, es el mayor productor de residuos hospitalarios en el departamento de Nariño por ser el único hospital de tercer nivel. De acuerdo a las características de los residuos son catalogados como no peligrosos y peligrosos.





El 50% de los residuos generados en el hospital tienen un grado alto de peligrosidad los cuales deben someterse a un tipo de tratamiento especial (incineración) para lograr una adecuada disposición final, para lo cual se requiere la contratación con terceros, generando un gran costo económico y ambiental.

Adquirir una autoclave de alta eficiencia convertirá los residuos peligrosos (biosanitarios) en residuos ordinarios minimizando el riesgo, el impacto ambiental y garantizando el tratamiento desde el sitio de generación de los residuos.

Los tanques de almacenamiento de agua del hospital no tienen capacidad para abastecer agua para consumo en caso de una eventualidad mínimo 72 horas, además se utilizan grandes cantidades de agua para el riego de jardines y limpieza de áreas externas que se podrían realizar con el aprovechamiento del agua lluvia. Con la construcción de 2 tanques de almacenamiento de agua se garantizaría suministro en caso de eventualidad por 72 horas y se aprovecharía el uso de agua lluvia en actividades que no requieren agua potable.

**POBLACION BENEFICIADA**

Personal del HUDN y sus partes interesadas.

**AREA A INTERVENIR**

287 metros cuadrados (construcción)

**COSTO APROXIMADO: \$ 800.000.000**

<b>ETAPA DE INVERSION</b>	Adecuación de Infraestructura para autoclave	<b>\$ 100.000.000</b>
	Construcción tanques de almacenamiento	<b>\$ 300.000.000</b>
	Adquisición e instalación de Autoclave.	<b>\$ 400.000.000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 800.000.000</b>

**ESTADISTICAS RELEVANTES**

- Minimizar costos de disposición final de residuos peligrosos (en el año 2012 el Hospital contrato la incineración y la disposición final de residuos por \$ 165.060.200 (EMAS))
- Reducción de emisiones atmosféricas
- Garantizar la eliminación de agentes contaminantes de los residuos in situ.
- Minimizar el uso de agua para consumo hasta en un 5% del consumo actual (3.500 metros cúbicos promedio mes).
- Ahorro esperado promedio año: \$ 135.558.327





### 3.2.5 Plan de Inversión 17: Talento Humano

**PROYECTO:** Sensibilización institucional hacia la implementación y el fortalecimiento del programa de humanización de la atención en los trabajadores del Hospital para promover el crecimiento del talento Humano.

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud - Gestión del Talento Humano.
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud.
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión del Talento Humano – Acreditación - SOGC
<b>PROGRAMA:</b>
Mantenimiento y Fortalecimiento de la Acreditación institucional
<b>PROYECTO:</b>
Sensibilización institucional hacia la implementación y el fortalecimiento del programa de humanización de la atención en los trabajadores del Hospital para promover el crecimiento del talento Humano
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
El diagnostico interno arroja resultados donde se observa la necesidad de fortalecer las acciones dirigidas a la humanización de la atención, se manifiesta por los GIT la urgencia de realizar capacitaciones, seminarios, talleres, etc. que incrementen la calidez, el afecto y el cariño en la atención al usuario.
<b>OBJETIVO:</b>
Promover en los trabajadores del hospital una cultura de humanización que genere acción y compromiso con la aplicación de los valores institucionales, política de humanización, referentes de comportamiento, encaminados al fortalecimiento de la vocación del servicio y el respeto por los derechos de los usuarios y familiares.
<b>JUSTIFICACION</b>
El HUDN, es una institución acreditada que pretende fortalecer y mejorar los pilares de acreditación, entre ellos la humanización en la atención, por lo tanto en los objetivos estratégicos se ha planteado mejorar la atención al usuario a través de la humanización del servicio y para ello juega un papel importante las acciones de capacitación y entrenamiento al personal en acciones de humanización con el fin de mejorar la actitud comportamental de nuestro personal.
<b>POBLACION BENEFICIADA</b>
Personal del HUDN y sus partes interesadas.
<b>COSTO APROXIMADO: \$ 450.000.000</b>



### 3.2.6 Plan de Inversión 18: Talento Humano

**PROYECTO:** Inclusión gradual del personal contratado que desarrolla procesos misionales en la planta de personal del Hospital.

<b>LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE DESARROLLO NACIONAL</b>
Fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud - Gestión del Talento Humano.
<b>PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL</b>
Subprograma: Prestación de servicios de salud.
<b>LINEA DE INTERVENCION INSTITUCIONAL</b>
Gestión del Talento Humano
<b>PROGRAMA:</b>
Desarrollo integral del Talento Humano
<b>PROYECTO:</b>
Inclusión gradual del personal contratado que desarrolla procesos misionales en la planta de personal del Hospital.
<b>IDENTIFICACION DEL PROBLEMA</b>
El personal está vinculado a través de nomina y de contratación externa SAS, la contratación de personal asistencial y administrativo asciende a 596 personas distribuidas en las diferentes áreas, siendo esta situación uno de los factores claves de éxito, donde actualmente se genera baja motivación del personal contratista y bajo acceso a los beneficios que cuenta el personal de nomina
<b>OBJETIVO:</b>
Modernizar la estructura administrativa y organizacional de la Institución acorde a los requerimientos de ley mediante la inclusión gradual del personal que cumple funciones asistenciales con el objeto de brindar estabilidad laboral traducida en un mejor servicio a la comunidad ,a la vez que reducir el riesgo jurídico que implican otras formas de vinculación
<b>JUSTIFICACION</b>
El personal asistencial (procesos misionales) se contrata en un alto porcentaje por intermedio de SAS, lo cual va en contravía a los objetivos del Hospital y a las políticas gubernamentales; por lo tanto es primordial para la actual gerencia realizar los esfuerzos necesarios para incluir gradualmente al personal a la planta general de personal del HUDN; inicialmente se realizara con el personal asistencial y posteriormente, teniendo en cuenta un estudio técnico – financiero, se continuara con el personal administrativo.
<b>POBLACION BENEFICIADA</b>
Personal del HUDN y sus partes interesadas.
<b>COSTO APROXIMADO:</b> En etapa de análisis – Consultoría



### ESTADÍSTICAS RELEVANTES

**Personal de Planta Total:** 377 así: Administrativos: 102 (29.6%) Asistenciales: 275 (70.4%)

**Antigüedad promedio:** De acuerdo a los colaboradores vinculados en planta en la actualidad (377), se cuenta con un promedio de antigüedad laboral de 16 años. Y un indicador de rotación de personal en general (incluyendo planta y contrato) para el último año del 2.83%.

### 3.3 MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROYECTOS

No.	PROYECTO	VALOR EN \$	PRIORIZACION			TOTAL
			COSTO	RIESGO	VOLUMEN	
1	Adecuación de infraestructura de la central de Mezclas	486.303.469	5	5	5	125
2	Modernización tecnológica de Unidad de Cuidados Intensivos - Neonatal (UCIN)	950.000.000	5	5	4	100
3	Implementación de servicios de Radioterapia y Radiocirugía a través de la Adquisición y puesta en marcha de un acelerador lineal.	7.415.772.000	5	5	4	100
4	Inclusión gradual del personal contratado que desarrolla procesos misionales en la planta de personal del Hospital.	5.000.000.000	5	5	4	100
5	Sensibilización institucional hacia la implementación y el fortalecimiento del programa de humanización de la atención en los trabajadores del Hospital para promover el crecimiento del talento Humano	450.000.000	4	4	5	80
6	Adquisición de Equipo de Alta eficiencia (Autoclave) para desactivación de residuos hospitalarios (biosanitarios) - Construcción tanques de almacenamiento de agua (potable y lluvia)	800.000.000	4	4	5	80



7	Renovación y Adquisición del hardware de la Organización	960.358.000	4	4	4	64
8	Renovación y Licenciamiento del software de la organización	408.000.000	4	4	4	64
9	Adecuación y remodelación del área del servicio de Urgencias	615.000.000	4	4	4	64
10	Fortalecimiento de la estrategia IAMI a través de la puesta en marcha del Banco de Leche Humana y Madre Canguro.	361.000.000	5	4	3	60
14	Ampliación y remodelación Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	1.579.200.000	3	5	4	60
11	Ampliación y remodelación de la central de Esterilización	1.286.753.800	3	3	4	36
12	Construcción, dotación y puesta en marcha del Centro de Investigaciones del HUDN y servicio de Patología	2.493.000.000	4	3	3	36
15	Adecuación y remodelación del área del servicio de Consulta Externa	213.000.000	3	4	3	36
13	Modernización del parque automotor mediante la adquisición de Ambulancias de transporte asistencial básico TAB, transporte asistencial medicalizado TAM y renovación del parque automotor	480.000.000	3	3	3	27



16	Adquisición de Hospital de Campaña para área de expansión Hospitalaria intra y extra institucional	550.000.000	3	3	2	18
17	Fortalecimiento de la dotación hospitalaria en el servicio de ayudas diagnósticas (adquisición de intensificador de imágenes y mamógrafo)	980.000.000	2	3	3	18
18	Construcción de área administrativa del HUDN	1.800.000.000	2	2	2	8

### 3.4 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE PROYECTOS

No.	PROYECTO	VALOR EN \$	PRIORIZACION			TOTAL
			COSTO	RIESGO	VOLUMEN	
<b>AÑO 2012</b>						
1	Adecuación de infraestructura y dotación de la central de Mezclas	486.303.469	5	5	5	125
2	Modernización tecnológica de Unidad de Cuidados Intensivos - Neonatal (UCIN)	950.000.000	5	5	4	100
3	Sensibilización institucional hacia la implementación y el fortalecimiento del programa de humanización de la atención en los trabajadores del Hospital para promover el crecimiento del talento Humano	80.000.000	4	4	5	80
4	Fortalecimiento de la estrategia IAMI a través de la puesta en marcha del Banco de Leche Humana y Madre Canguro.	361.000.000	5	4	3	60
<b>TOTAL AÑO 2012</b>		<b>1.877.303.469</b>				



AÑO 2013						
1	Implementación de servicios de Radioterapia y Radiocirugía a través de la Adquisición y puesta en marcha de un acelerador lineal.	7.415.772.000	5	5	4	100
2	Inclusión gradual del personal contratado que desarrolla procesos misionales en la planta de personal del Hospital.	1.000.000.000	5	5	4	100
3	Sensibilización institucional hacia la implementación y el fortalecimiento del programa de humanización de la atención en los trabajadores del Hospital para promover el crecimiento del talento Humano	140.000.000	4	4	5	80
4	Adquisición de Equipo (Autoclave) de Alta eficiencia para desactivación de residuos hospitalarios (biosanitarios) - Construcción tanques de almacenamiento de agua (potable y lluvia)	800.000.000	4	4	5	80
5	Renovación y Adquisición del hardware de la Organización	960.358.000	4	4	4	64
6	Actualización y Licenciamiento del software de la organización HUDN	408.000.000	4	4	4	64
7	Adecuación y remodelación del área del servicio de Urgencias	615.000.000	4	4	4	64
8	Ampliación y remodelación Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	1.579.200.000	3	5	4	60
9	Adecuación, remodelación y dotación del área del servicio de Consulta Externa	213.000.000	3	4	3	36



<b>TOTAL AÑO 2013</b>	<b>13.131.330.00 0</b>					
-----------------------	----------------------------	--	--	--	--	--

<b>AÑO 2014</b>						
1	Inclusión gradual del personal contratado que desarrolla procesos misionales en la planta de personal del Hospital.	2.000.000.000	5	5	4	100
2	Sensibilización institucional hacia la implementación y el fortalecimiento del programa de humanización de la atención en los trabajadores del Hospital para promover el crecimiento del talento Humano	140.000.000	4	4	5	80
3	Ampliación, remodelación y dotación de la central de Esterilización	1.286.753.800	3	3	4	36
4	Construcción, dotación y puesta en marcha del Centro de Investigaciones del HUDN y servicio de Patología	2.493.000.000	4	3	3	36
5	Modernización del parque automotor mediante la adquisición de Ambulancias de transporte asistencial básico TAB, transporte asistencial medicalizado TAM y renovación del parque automotor	480.000.000	3	3	3	27
6	Adquisición de Hospital de Campaña para área de expansión Hospitalaria intra y extra institucional	550.000.000	3	3	2	18
<b>TOTAL AÑO 2014</b>		<b>6.949.753.800</b>				

<b>AÑO 2015</b>						
1	Inclusión gradual del personal contratado que desarrolla procesos misionales en la planta de personal del Hospital.	2.000.000.000	5	5	4	100



2	Sensibilización institucional hacia la implementación y el fortalecimiento del programa de humanización de la atención en los trabajadores del Hospital para promover el crecimiento del talento Humano	90.000.000	4	4	5	80
4	Fortalecimiento de la dotación hospitalaria en el servicio de ayudas diagnósticas (adquisición de intensificador de imágenes y mamógrafo)	980.000.000	2	3	3	18
5	Construcción de área administrativa del HUDN	1.800.000.000	2	2	2	8
<b>TOTAL AÑO 2015</b>		<b>4.870.000.000</b>				
<b>TOTAL AÑO 2012 - 2013-2014 y 2015</b>		<b>26.828.387.269</b>				



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bogotá, D.C. Presidencia de la República de Colombia y Congreso Nacional de la República de Colombia. Ley 1450. (Junio 16 de 2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”. Diario Oficial. Bogotá, D.C.
- Nariño. Gobernación y Asamblea Departamental. Ordenanza 004. (Mayo 28 de 2012). Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015: Nariño Mejor.
- Organización Panamericana de la Salud; COHAN. Metodología de Gestión Productiva de los Servicios en Salud. [citado el 17 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/70432459/15/FUNCIONES-DE-LA-MGPSS-Y-PRODUCTOS-DEL-PERC>
- San Juan de Pasto. Alcaldía y Concejo Municipal. Acuerdo 008 (Mayo 31 de 2012) Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015: Transformación Productiva.